

ÖNGYILKOSSÁGOT MEGKÍSÉRLŐK INTERAKCIÓDINAMIKÁJA ÉS MEGKÜZDÉSI STRATÉGIÁI

PhD. Értekezés

Szili Ilona

**PÉCSI TUDOMÁNYEGYETEM
PSZICHOLÓGIA DOKTORI ISKOLA
SZEMÉLYISÉGPSZICHOLÓGIA PROGRAM**

Doktori iskola vezetője: Prof. Dr. László János
Programvezető: Prof. Dr. Kiss Enikő
Témavezető: Prof. Dr. Bagdy Emőke

Pécs
2010.

Tartalomjegyzék

| | |
|---|----|
| I. Elméleti bevezető, epidemiológiai adatok | 10 |
| II. Az öngyilkosság rizikófaktorai | 10 |
| II.1 A szuicidium elsődleges rizikófaktorai | 11 |
| II.2 A szuicidium másodlagos rizikófaktorai | 15 |
| II.3 A szuicidium harmadlagos rizikófaktorai | 18 |
| III. Nemi különbségek a szuicid viselkedésben | 20 |
| IV. Öngyilkosság, családszerkezet, kommunikáció | 24 |
| IV.1 A szuicidium családdal összefüggő vonatkozásai négy dimenzió mentén | 25 |
| IV.1.1. Strukturális dimenzió | 25 |
| IV.1.2. A történetiség dimenziója | 26 |
| IV.1.3. Fejlődéslélektani dimenzió | 28 |
| IV.1.4. Folyamat- (avagy kölcsönviszony) szerveződési Dimenzió | 29 |
| IV.2 Jürg Willi: Kollúzió-Koevolúció elmélete | 31 |
| IV.3 Öngyilkosságot megkísérlők kommunikációs Jellegzetességei | 33 |
| IV.4 A szuicid családok jellegzetességei | 36 |
| IV.5 A családokban a szuicid krízis kialakulásának pszichés feltételei | 37 |
| V. Öngyilkosság és megküzdési mechanizmusok | 38 |
| V.1 Megküzdés és pszichológiai immunrendszer | 38 |
| V.2 Megküzdést befolyásoló kognitív tényezők és az én-séma modell | 40 |
| V.3 Megküzdés lelki betegségekkel és az öngyilkosság | 41 |
| V.4 Diádikus megküzdés | 42 |
| VI. A kutatás | 45 |
| VI.1 Célkitűzések és hipotézisek | 45 |
| VI.2 Módszerek | 46 |
| VI.2.1 Vizsgálati eszközök | 46 |

| | |
|--|-----|
| VI.2.1.1. Módszertani megfontolások | 46 |
| VI.2.1.2. Közös Rorschach Vizsgálat | 49 |
| VI.2.1.3. Zung-féle depresszió kérdőív | 50 |
| VI.2.1.4. Pszichológiai Immunrendszer Kérdőív | 50 |
| VI.3 A vizsgálati személyek demográfiai és klinikai Jellemzői | 51 |
| VI. 4 Statisztikai feldolgozás | 54 |
| VII. Eredmények | 55 |
| VIII. Diskusszió | 68 |
| IX. Konklúzió | 89 |
| X. Mellékletek | 94 |
| 1. melléklet -Kódutasítás a KRV kommunikációs lépések jelöléséhez | 94 |
| 2. melléklet-A Közös Rorschach jelek jelentése | 99 |
| 3. melléklet-Összesítő táblázat a KRV kiértékeléséhez | 102 |
| 4. melléklet-Zung-depresszió kérdőív | 103 |
| 5. melléklet- Pszichológiai Immunrendszer Kérdőív | 104 |
| 6. melléklet- Beleegyezési nyilatkozat | 107 |
| A szerző publikációi e témában | 108 |
| Irodalom | 109 |

Bevezetés és köszönetnyilvánítás

Disszertációmban öngyilkosságot megkísérlő depressziós betegek és partnereik kapcsolatának interakciódinamikáját és megküzdési stratégiáit vizsgáltam.

1994-től, pályám kezdetétől a klinikumban dolgozom és elsősorban pszichiátriai betegekkel foglalkozom. Az affektív zavarok iránti érdeklődésemet egyrészt az nyitotta meg, hogy tizenhárom évig dolgoztam Prof. Dr. Rihmer Zoltán osztályán, ahol a kutatómunka fókuszában az affektív betegségek és a szuicidium álltak. Másrészt egyetemi éveim óta vonzódok a hangulatzavarok témaköréhez, és a lelki zavarokkal való megküzdés titkainak felderítéséhez. Első publikációim is e téren születtek meg. Az OPNI klinikai pszichológiai világában Mérei Ferenc nyomán a projektívteszt-kultúra mindvégig erőteljes volt. Részt vettem a Közös Rorschach Vizsgálat Prof. Dr. Bagdy Emőke vezető pszichológus által koordinált adaptációjában is, és ennek keretében depressziós betegek és evészavarban szenvedők interakciós sajátosságait elemeztem. Mivel pszichoterápiás képzésemben a kognitív irányzat a meghatározó, mindenkor szívesen foglalkoztam a diszfunkcionális attitűdök vizsgálatával, valamint a betegek megküzdési stratégiáinak feltárásával. Kutatási tapasztalataimnak a terápiás munkában is igen jó hasznát vettem. Mindezek közrejátszottak abban, hogy a szuicidium kérdésével szükségszerűen foglalkozzam, hiszen számos depressziós beteget ismerhettem meg családi hátterével együtt. Ekképp alakult disszertációm témaválasztása.

Amikor a győri Petz Aladár Megyei Kórházban Dr. Varga Gábor vezetésével nagyszabású epidemiológiai és interakciódinamikai kutatás indult a szuicidium háttértényezői feltárására, bekapcsolódtam ebbe a munkába. Ezen kutatás egy – általam elvégzett – része képezi disszertációm anyagát. A két fontos kérdés, amelyre választ kerestem a szuicidium világában, alapvető érdeklődésemből fakad. Mivel a szuicidiumot intrapszichésen megalapozott, de interperszonálisan generált jelenségnek tekintem, rendkívül fontosnak tartom, hogy megismerhessük azokat az interakciós jellemzőket és kritikus kapcsolati történéseket, amelyek a tentamen létrejöttét szervezik, provokálják és beindítják. Pszichikus szempontból éppoly fontos az is, hogy milyen megküzdési képességgel és stratégiával rendelkezik egy öngyilkosság szempontjából veszélyeztetett személy. Mindkét fenti terület a korai felismerés, prevenció és a terápiás segítségnyújtás szempontjából jelent valódi segítséget az alkalmazott pszichológia számára. Munkám érdemei és hiányosságai is a gyakorló klinikai pszichológus kutatási feltételrendszerének nehézségeiből következnek.

Mégis meggyőződésem, hogy az elkövetkező fejezetekben tárgyalt vizsgálat valamennyi eredménye hasznára válik a gyakorlati pszichodiagnosztikai és pszichoterápiás munkának.

Köszönetet mondok mindazoknak, akik az értekezés indításában és megvalósításában segítségemre voltak.

Köszönöm:

Dr. Varga Gábor kórházigazgató pszichiáternek, hogy az általa koordinált nagyszabású vizsgálat jelen egységét, mellyel részt vehettem ebben a kutatásban és kiemelten felhasználhattam disszertációm megírásához.

Prof. Dr. Bagdy Emőkének és Prof. Dr. Vargha Andrásnak a Közös Rorschach Vizsgálat terén nyújtott folyamatos segítséget, szakértő tanácsait és a szeretetteljes bátorítást.

Prof. Dr. Rihmer Zoltánnak, aki klinikai és kutatási munkája során éveken át lelkesen tanított, felkeltette az érdeklődésem az affektív zavarok iránt és ráébresztett a kutatómunka szeretetére.

Prof. Dr. Faludi Gábornak értékes útmutatását és az értekezés megírásához rendelkezésemre bocsátott időt és a feltételek megteremtését.

Dr. Mirnics Zsuzsannának baráti támogatását, javaslatait.

Tisztelettel mondok köszönetet **minden betegnek**, aki hozzásegített, hogy munkám elkészíthessem.

Végezetül hálásan köszönöm **családom** messzemenő toleranciáját, mellyel lehetővé tette, hogy ezt a munkát végigvihessem.

Magyar nyelvű összefoglaló:

ÖNGYILKOSSÁGOT MEGKÍSÉRLŐK INTERAKCIÓDINAMIKÁJA ÉS MEGKÜZDÉSI STRATÉGIÁI

Cél: Jelen tanulmányunk egyik fő célja az öngyilkosságot megkísérlők és házastársaik interakciódinamikájának feltárása a kommunikáció elemzése útján. A kommunikáció elemzése által céljaink közt szerepelt olyan jelzések azonosítása a beteg és partnere kommunikációjában, amelyek lehetővé teszik a szuicid veszély korai észlelését és megelőzését. Kutatásunkban arra is választ kerestünk, hogy mivel magyarázható férfiaknál a halállal végződő szuicid kísérletek magasabb száma. Vizsgáltuk, hogyan befolyásolhatja a beteg depressziója mértékét a partner kommunikációs stílusa. Másik fő célunk a szuicidiumot megkísérlők megküzdési stílusának feltérképezése volt.

Módszer: A vizsgálatban 24 szuicidiumot megkísérlő férfi (korátlag: 44,12) és 8 nőbeteg (korátlag: 40,62) vett részt házastársával együtt. Az adatokat 30 sine morbo (kontroll pár) adataival vetettük egybe. Vizsgálatunkban összesen N=124 személy vett részt. A szuicid viselkedés interperszonális dinamikájának feltárása a Közös Rorschach Vizsgálat (KRV) alkalmazásával történt (Bagdy, 1996). A megküzdési stratégiákat a Pszichológiai Immunrendszer Kérdőívvel vizsgáltuk (Oláh, 1993) eredményeit a magyar standard mintával egybevetve. A depresszió mértékét a Zung-féle depresszió kérdőívvel mértük. Ez utóbbit 29 beteg töltötte ki.

Eredmények: A sine morbo párok nagyobb energiát, belső erőket tudnak mozgósítani, együttműködőbbek és hatékonyabbak a feladatmegoldásban, valamint a kapcsolatukért tett erőfeszítéseikben, szemben az öngyilkosságot megkísérlőkkel és partnereikkel. A betegek és házastársaik interakcióját a nonkooperatív és akadályozó stílus jellemezte. Úgy véljük, a nonkooperativitás a szuicid viselkedés egy jelentős, nemtől független prediktorának tekinthető (különösen jellemző a férfiaknál). A nonkooperativitás azért fontos, mert a beteg kezeléssel való együttműködésének esélyét csökkenti, ezzel elősegítve a szuicid viselkedés megjelenését. Láthatóvá vált, hogy a szuicidiumot megkísérlők (főleg a férfiak) nem tudták verbális úton kifejezni szuicid késztetéseiket, rossz érzéseiket, szorongásaikat, feszültségüket, segítségkérésüket, inkább szimbólumok útján tudták megfogalmazni mindezt. A férfi betegek

depressziójának mértéke pozitív kapcsolatban állt házastársa akadályozó kommunikációs stílusával. Az interakciódinamikai elemzés során feltárult a szuicidiumot megkísérlők és partnereik kapcsolati zavara, az ún. kollúzió jelenség. Korábbi és saját kutatási eredményeim alapján felállíthattam a depresszió-szuiciduum kontinuum hipotézisét. A folyamatdinamika három lehetséges stádiuma: 1.) akut krízisállapot talaján szuicidium depresszió kibontakozása nélkül; 2.) kibontakozott depresszió szuicidium nélkül; 3.) súlyos depresszió szuicid kimenetellel. Minden stádiumra vonatkozóan rendelkezünk a KRV-n alapuló interakciódinamikai jellemzőkkel. Saját munkámban különösen a kontinuum hipotézis harmadik stádiumának jellemzőire világíthattam rá. A megküzdésre vonatkozó hipotézisünket illetően a szuicidiumot megkísérlőknél valamennyi megküzdési módnál megküzdési deficitet is találtunk.

Konklúzió: Az eredmények lehetővé teszik az intrapszichés gyökerű, de interperszonálisan generált szuicidium veszélytényezőinek predikcióját és hozzájárulhatnak mind a prevencióhoz, mind a terápiás kapcsolat hatékonyságához.

INTERACTION DYNAMICS AND COPING STRATEGIES OF SUICIDAL PATIENTS

Aim: One of the main aims of the present study was to investigate interaction dynamics of suicidal patients and their partners by analysing their communication, and to detect signs in their communication that might help early identification of suicidal risk and prevention efforts. We also wanted to find reasons for the higher proportion of lethal suicidal attempts ending of male patients. We examined how the partners' communication style influences patients' depression rates. A further aim was to map the coping strategies of suicidal patients.

Methods: Participants of our research were 24 male (average age: 44,12) and 8 female (average age 40,62) suicidal patients and their partners. Data were contrasted with that of 30 sine morbo control couples. Total number of participants was N=124. For investigation of interpersonal dynamics in suicidal behaviour the Consensus Rorschach Test was applied (Bagdy, 1996). Coping strategies were examined with Psychological Immune System Inventory (Oláh, 1993), and results were compared to the Hungarian standards. Depression scores were obtained using the Zung Depression Inventory (SDS) completed by 29 patients.

Results: The "sine morbo" couples were able to activate more inner resources; they were more co-operative and efficient both in problem solving and in working on their relationships compared to the couples with a suicidal partner whose interaction tended to be non co-operative and obstructive. Noncooperative communication seems to be a significant predictor of suicidal behaviour independently of gender (although it is more typical in male patients). Noncooperation is important because it decreases the chances of therapy compliance, this way increasing risk for suicidal behaviour. According to data, suicidal patients (mainly males) were not able to verbally express suicidal ideation, negative mood, distress and anxiety; they found it easier to use symbolic communication. Depression rate of male patients correlated positively with partners' obstructive attitudes. By analysing interaction dynamics we found evidence of a relationship disorder between suicidal patients and their partners, the so called "collusion phenomenon".

Relying on present and earlier research of the Author and others, a depression-suicide continuity hypothesis was proposed. The continuum of suicide dynamics consists of three stages. 1.) Suicide following an acute crisis without development of depression 2.) Depression without suicide 3.) Severe depression leading to suicide. For all these three states we have the characteristics of interaction dynamics based on the Consensus Rorschach Test. The present study was mainly dealing with the third state dynamics of the depression-suicide continuum. Referring to our coping hypothesis we found a coping deficit in all of suicidal patients.

Conclusion: Our results make it possible to predict the risk factors of intrapsychic, though interpersonally stimulated suicides, and may contribute to both prevention and improvement of client-therapist relations.

I. Elméleti bevezető, epidemiológiai adatok

Az öngyilkosság fájdalmas, sokkoló esemény a család, a hozzátartozók részére, valamint megoldandó feladat a társadalom, különös tekintettel a szuicidiummal foglalkozó szakemberek számára. Rendkívül nagy közegészségügyi problémát jelent, mivel az öngyilkosság számos országban a vezető halálokok között szerepel. 2006-ban a tizenegyedik halálokok volt az Amerikai Egyesült Államokban (NIHM, 2009).

A KSH (2008) adatai szerint Magyarországon a legtöbben 1983-ban haltak meg öngyilkosságban (4911 fő). Ez az év az 1955-ben kezdődő emelkedésnek volt a csúcspontja. Az ezt követő években az öngyilkossági halálozás száma még magas volt, de 1987-től nagymértékben csökkenni kezdett. 2006-ban 2460 ember halt meg öngyilkosságban. Vagyis míg 1987-ben 46/100.000 fő/év, ez a szám 2006-ra 23/100.000 fő/év-re csökkent (KSH 2008/10).

A jelentős változás ellenére hazánkban az öngyilkossági arányszám más országokkal összehasonlítva még mindig magasnak mondható. Látható a hazai adatok magas száma az Amerikai Egyesült Államokkal összevetve, ahol az 10,9/100.000 fő/év (NIHM, 2009). A 2006-os adatok szerint évente még mindig több férfi hal meg nálunk az 50 -64 éves korosztályból, mint 1930-ban, és ebben sajnálatosan nagy a szuicidium szerepe (Demográfiai Évkönyv, 2006, cit. Kopp, 2009.). Ezt a szomorú tényt az is alátámasztja, hogy **világviszonylatban az öngyilkosság tekintetében még mindig az első tíz ország között helyezkedünk el, az ötödik helyen.**

Az öngyilkosság multifaktoriális jelenség. Megelőzhető, azonban megértéséhez, prediktorai, rizikófaktorai feltérképezéséhez, prevenciója és terápiája kidolgozásához komplex szemléletű megközelítés szükséges.

II. Az öngyilkosság rizikófaktorai

Az öngyilkosság multikauzális jelenség, melynek kialakulását genetikai, biológiai faktorok mellett más tényezők, rizikófaktorok is befolyásolják. **Az öngyilkosság rizikófaktorai olyan tényezők, melyek fennállása esetén az öngyilkosság kockázata igen nagy.** Rihmer az öngyilkosság rizikófaktorait hierarchikus rendbe sorolta (Rihmer, 1996,

Rihmer és Fekete, 2009). A szuicidium rizikófaktorainak ismertetését ezen osztályozási rendszerre alapozom.

II.1. A szuicidium elsődleges rizikófaktorai:

A szuicidium elsődleges rizikófaktorai közé tartoznak: **pszichiátriai betegségek, megelőző öngyilkossági kísérlet, pozitív családi anamnézis, halálvágy és szuicid szándék kommunikációja**. A szerző úgy jellemzi a primer rizikófaktorokat, hogy sine morbo személyeknél nem találhatók, adott időintervallumban jelennek meg, aktuálisan jellemzik a személyt és az egészségügyi ellátás keretein belül kezelhetők, befolyásolhatók.

Jól ismert tény, hogy az öngyilkosságban meghaltak több mint 90%-a súlyos pszichiátriai betegségben szenvedett az öngyilkosság elkövetése idején (Goldstein és mtsai, 1991, Rihmer, 2001, Rihmer és Kiss, 2002, Balázs, 2009).

Annak feltárására, hogy pontosabban mely diagnózisok a leggyakoribbak öngyilkosságot megkísérlőknél, számos vizsgálat készült. Az öngyilkosságot megkísérlők között magas a prevalenciája és a komorbiditása a DSM-IV Axis I diagnózisoknak. A statisztikai adatok alapján, a teljes vizsgálati minta több mint 90%-ának legalább egy DSM-IV. Axis I pszichiátriai diagnózisa volt. Leggyakrabban, az esetek 33-87%-ában depresszió állt fenn, ezt követően jelentős arányban a szorongásos zavarok következtek (10-46%), majd a szerhasználat/szenvedélybetegségek 22-36%-kal zárták a sort. A DSM-IV Axis II diagnózisok (személyiségzavarok, alkalmazkodási zavarok) is kisebb számban jelen voltak, de ezen diagnózisoknál önmagukban nem, inkább Axis I diagnózisokhoz társulva fordult elő öngyilkosság (Balázs és mtsai, 2003, Rihmer A., és mtsai, 2006). További érdekességként, Rihmer A. és mtsai (2006) vizsgálatukban arra jutottak, hogy az öngyilkosságot megkísérlők 60%-a kettő vagy több DSM-IV Axis I diagnózissal rendelkezett, 35%-ban depresszió+szorongásos zavar, 15%-ban depresszió+szerhasználat, 10%-ban depresszió+szorongásos zavar+szerhasználat együtt jelentkezett (Rihmer A. és mtsai, 2006).

Látható, hogy a pszichiátriai betegségek közül a depressziónak kiemelkedő szerepe van az öngyilkos viselkedés kialakulásában. Az öngyilkosságban meghaltak több mint a fele (59-87%-a) a halál idején major depresszióban szenvedett, de csak kis részük (9-20%-uk) kapott antidepresszáns kezelést (Rihmer és mtsai, 2002, Fekete és Osváth, 2004). A depresszió klasszifikációjából a major depressziós betegek besorolhatók a bipoláris (I-es vagy II-es) vagy unipoláris csoportba. Korábbi vizsgálatok eredményei rávilágítanak arra, hogy az

öngyilkosság kockázata fokozottabb a bipoláris II-es csoportba sorolható betegeknél, mint a bipoláris I-es vagy unipoláris depressziósoknál. Az utóbbi években a depresszió klasszifikációjában számos nemzetközi és hazai kutatás az unipoláris, bipoláris és kevert affektív zavar mellett leírja a kevert állapot két másik formáját, a diszfóriás mániát (teljes mániás epizód+major depresszív epizódnak egyidejűleg legalább 2 tünete fennáll) és a depresszív kevert állapotot (teljes major depresszív epizód, mellyel egyidőben 2 vagy 3 nem eufórikus hipomán/mániás tünet is fennáll). A szerzők kiemelik, hogy a depresszív kevert állapotú betegek több vonatkozásban inkább a bipoláris betegekhez állnak közel, mint az unipoláris depressziósokhoz (Akiskal és Benazzi, 2003, Akiskal és mtsai, 2005). Hazai kutatók felhívták a figyelmet arra, hogy depresszív kevert állapotú betegeknél az öngyilkossági kockázat fokozottabb, mint a nem depresszív kevert állapotú betegeknél (Rihmer és mtsai, 2008, Balázs és mtsai, 2006, Balázs, 2009).

Balázs és mtsai (2006) kutatásukban a depresszív kevert állapot gyakoriságát és klinikai jellemzőit vizsgálták öngyilkosságot megkísérlőknél. Száz nem violens módszerrel, többször öngyilkosságot megkísérlő betegnél azt kapták, hogy depresszív kevert állapot az öngyilkosságot megkísérlő személyek 63%-ánál volt diagnosztizálható. A további elemzés során a szerzők arra az eredményre jutottak, hogy depresszív kevert állapot jelentősen nagyobb számban fordult elő bipoláris öngyilkosságot megkísérlőknél, szemben az unipoláris öngyilkosságot megkísérlőkkel (90% vs 62%). Végezetül a szerzők arra a megállapodásra jutottak, hogy az öngyilkossági gondolatok és kísérletek a depresszív kevert állapottal hozhatók összefüggésbe, és ez fokozottan érvényesnek bizonyul a bipoláris major depressziós diagnózisú betegekre.

Statisztikai adatok jelzik, hogy a depresszió prevalenciája magas (élettartam prevalencia 4,6-15,7%). Ez a magas szám azért veszélyes, mert számos vizsgálat alátámasztotta, hogy **a depresszió a szuicidium egyik fő rizikófaktor, így annak korai felismerése és kezelése kiemelkedő jelentőséggel bír az öngyilkosság megelőzésében.**

A szuicid prevencióban a depresszió felismerésének és adekvát kezelésének fontosságára hívja fel a figyelmet a már-már „klasszikusnak” számító Gotland vizsgálat (Gotland: Svédország egyik szigete). 1983-ban Gotlandon Rihmer és Rutz professzorok rövid, intenzív posztgraduális tréninget tartottak háziorvosok számára a depresszió felismeréséről és kezeléséről. Gotland szigetén a tanfolyamot követő 2-3 évben lényeges változások történtek, a szuicid halálozás 60%-kal csökkent, a depresszió miatti kórházba utalás 75%-kal csökkent, a depresszió miatt betegállományban töltött napok száma 50%-kal csökkent, míg az

antidepresszívumok felírása 50%-kal nőtt Svédország más régióihoz képest (Rutz és mtsai, 1989, Rihmer és mtsai, 1995).

A közelmúltban a szuicidiummal foglalkozó szakemberek figyelmének ismét fókuszába került az antidepresszáns forgalom és az öngyilkossági ráta (ráta=arányszám) kapcsolata (Isacsson, 2000, Rihmer, 2001, Kalmár és mtsai, 2008, Sebestyén és mtsai, 2009).

Sebestyén és mtsai (2009) kutatásának az antidepresszáns forgalom és Magyarország szuicid rátája közti kapcsolat vizsgálata volt a célja a nemi különbségek figyelembe vételével, 1998-tól 2006-ig terjedő időintervallumban. Eredményeik, a korábban publikált vizsgálatok eredményeivel összhangban, azt mutatták, hogy a 9 éves követési periódus alatt az **antidepresszáns felírások és a nemzeti öngyilkossági ráta között szignifikáns negatív kapcsolat állt fenn, mindkét nemnél, sőt ez a kapcsolat férfiak esetében sokkal erősebb és nagyobb jelentőségűnek bizonyult. Ez az eredmény azért fontos, mert Magyarországon – bár Kína kivételével szerte a világon is – a szuicid áldozatok többsége, közel 80%-a férfi.** E tények figyelembe vételével a kutatókban felmerült az a kérdés, mi a magyarázat arra, hogy az öngyilkosságban meghaltak körében több a férfi. A szakemberek szerint erre két válasz lehetséges. Egyik magyarázat az okot az egészségügyi ellátás hiányosságával magyarázza, mely szerint nem ismerik fel vagy aluldiagnosztizálják, illetve nem megfelelően kezelik a depressziót, ezt igazolta többek közt a Gotland vizsgálat is, illetve a szuicidiumkutatás Pécsi Centrumának adatai (Fekete és Osváth, 2000). A másik lehetséges magyarázat, hogy a férfiak kevésbé kerülnek be az egészségügy rendszerébe, nem mennek kezelésre, nem panaszkodnak, mert a panaszkodás számukra nem fér össze a férfi jellemmel. Ez utóbbi magyarázat azért fontos, mert statisztikai adatok szólnak arról, hogy a nem kezelt depressziósok öngyilkossági rizikója 20-30-szor magasabb, mint a nem depressziósoké. Az is figyelemre méltó, hogy az öngyilkosságban meghaltak, illetve az öngyilkossággal kísérletezők mindössze csak 9-20%-a állt antidepresszáns kezelés alatt cselekedetüket megelőzően (Rihmer és mtsai, 1990, Isacsson, 2000, Henriksson, 2001, Balázs és mtsai, 2003). A fentiekre tekintettel felmerülhet az a kérdés, hogy mennyire férfi sajátosság az öngyilkosság jelensége. Erre a kérdésre számos nemzetközi és hazai kutatás próbál választ adni és magam is kitérek rá a III. alfejezetben (lásd „Nemi különbségek az öngyilkos viselkedésben”, címmel).

Az öngyilkosság további primér rizikófaktorai az előzetes öngyilkossági kísérlet és a pozitív családi anamnézis.

Az öngyilkosság megelőzése szempontjából különös gondot kell fordítani az egyéni anamnézis felvételére, kitérve az előzetes öngyilkossági kísérletekre, öngyilkossági

gondolatokra. Az anamnézis precíz felvétele azért fontos, mert az öngyilkosok (öngyilkosságban meghaltak) 30-40%-ának már volt előzetes öngyilkossági kísérlete (Rihmer és Kiss, 2002, Rihmer és Fekete, 2009). Így az a személy, akinek az anamnézisében előzetes öngyilkossági kísérlet szerepel, fokozottan veszélyeztetetté válik szuicidium szempontjából. Vannak adatok arról, hogy az első öngyilkossági kísérlet után a befejezett öngyilkosság rizikója 50-100 szorosára nő (Rihmer, 2001). A szuicidiummal foglalkozó szakemberek felhívják a figyelmet arra is, hogy nemcsak a beteg egyéni anamnézisének ismerete fontos a szuicid veszélyeztetettség mértéke megállapításához, hanem tekintettel kell lenni a családban az első és másodfokú rokonok esetlegesen elkövetett szuicidiumaira, szuicid kísérleteire, úgymond a pozitív családi anamnézisre. Korábban többnyire keresztmetszeti vizsgálatok készültek annak felmérésére, hogy a szülői anamnézisben szereplő öngyilkossági kísérletnek milyen hatása van a gyermek szuicid magatartására. Az utóbbi években azonban egyre több prospektív kutatást is végeztek a témakörben.

Lieb és mtsai (2005) 933 anya-gyermek párból álló minta adatait elemezték 3-4 év utánkövetés során. Adataikból arra az eredményre jutottak, hogy az anya anamnézisében szereplő öngyilkossági kísérlet a gyermeknél az öngyilkossági gondolatok kialakulásának kockázatát ötszörösre, míg az öngyilkossági kísérletét kilencszeresre emelte. Melhem és mtsai (2007) ugyancsak prospektív vizsgálatukban, 203 hangulatzavarban szenvedő szülő 365 gyermekét (átlagéletkor: 20 év) követték hat éven keresztül. A hangulatzavarban szenvedő szülők csoportját két részre bontották aszerint, hogy volt-e korábban öngyilkossági kísérletük vagy sem. Eredményeik szerint, azon szülők gyermekeinél, akik anamnézisében öngyilkossági kísérlet szerepelt, jelentősen nagyobb volt az öngyilkossági kísérletek aránya, a hangulatzavarban szenvedő, de öngyilkossági kísérleten át nem esett szülők utódaihoz képest (4,1% vs. 0,6%). A kutatók beszámoltak arról is, hogy az öngyilkossági kísérlet nagyobb valószínűséggel és korábbi életkorban következett be azon gyermekeknél, fiataloknál, akiknél depresszió állt fenn, és akik több pontot értek el az impulzivitást és agresszivitást mérő skálákon, illetve akiknél a kórtörténetben szexuális abúzus szerepelt. Több és korábban elkövetett öngyilkossági kísérlet fordult elő azoknál is, akik szüleinél a hangulatzavar mellett az anamnézisben szexuális abúzus vagy öngyilkossági kísérlet szerepelt.

Összegezve, az öngyilkossággal foglalkozó szakirodalomban az iker, család és adoptációs vizsgálatok adatai arra utalnak, hogy bár az öngyilkos magatartás családi halmozódást mutat, az öngyilkosság mégsem magyarázható önmagában a főbb pszichiátriai betegségek családi átörökítésével. Pusztán a depresszió kezelését célzó stratégiák nem elegendők az öngyilkossági kockázat szempontjából, hanem az öngyilkosság multifaktoriális

jellegéből adódóan olyan tényezők is, mint a szuicidium szempontjából veszélyeztetett személy impulzivitása, esetleges agresszív magatartása, a szülői anamnézisben előforduló depresszió, szuicid kísérlet, szexuális abúzus, impulzív viselkedés és több más pszichoszociális tényező hozzájárulhatnak a szuicid magatartás kialakulásához (Rihmer, 2001, Melhem és mtsai, 2007).

II.2. A szuicidium másodlagos rizikófaktorai:

A rizikófaktorok hierarchikus rendjét követve az öngyilkosság másodlagos rizikófaktorai: **kora gyermekkori veszteségek (szülő halála, válás), izoláció (szeparáció, válás), súlyos testi betegségek, munkanélküliség, komoly anyagi problémák, súlyos negatív életesemények és dohányzás**, ezek a mindennapi élet olyan jelenségei, amelyek kevésbé állnak az egészségügy befolyása alatt (Rihmer, 2001, Rihmer és Fekete, 2009).

Statisztikai adatok igazolják, hogy az idős kor (65 év feletti) nagyobb szuicid kockázattal jár (KSH, 2008, NIMH, 2009). Az életkor előrehaladtával kialakuló súlyos testi betegségek (stroke, Alzheimer, enyhe kognitív hanyatlás, daganatos betegségek, krónikus testi betegségek, illetve krónikus fájdalom) szintén az idős kor szuicid rizikófaktorainak tekinthetők (Stenager, 1998, Quan és mtsai, 2002, Waern és mtsai, 2002, Osváth és mtsai, 2004).

Kendal (2007) vizsgálatában kimutatta, hogy fej- vagy nyaki daganatban vagy myelomában szenvedő férfibetegeknél magasabb az öngyilkosság kockázata, szemben azokkal a férfiakkal, akiknél tüdő-, máj- vagy agydaganatot, illetve leukaemiát diagnosztizáltak. Nőbetegeknél, akiknél colorectális vagy cervicalis daganat állt fenn, ugyancsak alacsonyabb volt a szuicidiumok gyakorisága.

Stroke betegeknél leírták, hogy az elülső agyi régiók (frontális, szubkortikális) léziói összefüggésbe hozhatók a stroke után közvetlenül megjelenő öngyilkossági gondolatokkal, depresszióval és impulzivitással. Brittain és mtsai (1998) tanulmányukban hangsúlyozták, a stroke betegeknél a vizeletürítési panaszok a depresszióval szintén nagyobb szuicid kockázattal járnak, mint azon stroke betegek esetén, akiknél vizeletürítési probléma nem volt detektálható.

Szántó (2003) cikkében kiemelte, hogy idős emberek öngyilkosságában kevésbé játszik szerepet a szomatikus betegség, sokkal inkább meghatározó a betegségtől való félelem, a beteg állapotból adódó funkcióromlás és a fizikai fájdalom.

A következő szekunder rizikófaktor a dohányzás. A dohányzás kérdése többszörösen is népegészségügyi problémának mondható, egyrészt, mint függőség/szenvedély, melynek önmagában számos káros hatása van az egészségre, másrészt az öngyilkosság rizikófaktorai között található. Széles körben ismert, hogy a pszichiátriai betegek körében a dohányzás jelensége gyakori. Epidemiológiai vizsgálatok jelentős összefüggést tártak fel a dohányzás és az öngyilkos viselkedés között.

Rihmer és mtsai (2007) 334 unipoláris major depresszióban, bipoláris I és bipoláris II zavarban, szkizofréniában, szkizoaffektív zavarban vagy pánikzavarban szenvedő beteget kérdeztek ki az előzetes öngyilkossági kísérleteikről és dohányzási szokásaikról. A kutatók kapcsolatot találtak ugyan az öngyilkossági kísérletek száma és a dohányzás között azoknál, akik valaha dohányoztak, vagy jelenleg dohányoznak, a pánikbetegek kivételével mindegyik vizsgálati csoportban, azonban eredményük csak a valaha dohányzó unipoláris depresszió és a jelenleg és valaha dohányzó szkizofréneknél érte el a jelentős szintet.

Számos kutató leírta a munkanélküliség és az öngyilkosság közötti kapcsolatot, illetve azt, hogy, azok az emberek, akik egyedül vagy izoláltan élnek, nincs mögöttük család, barát vagy valamely közösségi háló, fokozottan veszélyeztetettek az öngyilkosság szempontjából (Norström, 1995, Chastang és mtsai, 1998, Taylor és mtsai, 2004).

Már a századfordulón a neves francia szociológus Émile Durkheim *Le Suicide* című könyvében, mely a szociológiai irodalom klasszikusának számít, látta meg és rendszerezte elsőként az öngyilkosság problémakörét és vizsgálatának lehetőségét. Az öngyilkosság társadalmi okainak fejtegetése során elkülöníti az egoista, altruista és az anómiás öngyilkosságokat. Megfigyelte az öngyilkosságok számának növekedését anyagi veszteséggel járó negatív életesemények, mint tőzsdekrachok, gazdasági katasztrófák esetén. Anómia elméletében kiemelte: „Bármilyen élőlény csak akkor lehet boldog, sőt akkor tud élni, ha szükségletei megfelelő arányban vannak a rendelkezésére álló eszközökkel. Ha ezek a szükségletek nagyobbak annál, mint amit ki lehet elégíteni, vagy egyszerűen másra irányulnak, akkor szüntelen sűrűlődnak vannak kitéve, és nem működhetnek fájdalommentesen”, ezt az állapotot a **szabályozatlanság vagy anómia állapotának** nevezi (267. old.). A rendelkezésre álló eszközöket a társadalom tudja csak korlátozni, ez által tulajdonít a társadalomnak szerepet az öngyilkosságban. Nagyszámú statisztikai adatbázisra hivatkozva az öngyilkosság olyan protektív faktoraira is kitér, mint a vallás, a házasság és maga a gyermekáldás. Módszertanilag, még ma is helytálló precizitással elemzi az öngyilkosság különböző rizikótényezőit, mint például, a házasság kapcsolatban élő, de gyermektelen nőknél nagyobb az öngyilkossági halálozás, mint a hajadonok körében, illetve

nőtlen férfiaknál nagyobb, mint házasoknál. Hangsúlyozza, hogy a házasság „immunissá” tesz az öngyilkossággal szemben, mert a család az egyénre gyakorolt hatása által semlegesíteni tudja az öngyilkossági szándékot (Durkheim, 2003). A mai kutatások Durkheim megállapításait annyival egészítik ki, hogy a házasság protektív szerepét nem a házastárs, hanem a szülőség hordozza, maga a gyermek (Qin és mtsai 2003). Napjaink kutatásai, bár fejlettebb módszereket alkalmazva, mind összeesengenek Durkheim korai tapasztalataival, miszerint a változó szociális és gazdasági körülményeknek, válságoknak szerepük van az öngyilkos viselkedés megjelenésében és ez különösen igaznak bizonyult férfiak esetén, úgy tűnik e rizikótényezők a férfiakra erősebben hatnak.

Azon célból, hogy érthetővé váljék a társadalmi és gazdasági változások és az öngyilkosság közötti kapcsolat a szociálpszichológia aspektusából szükséges a témához közelítenünk. Itt szeretném kiemelni László János (1998) *Szerep, Forgatókönyv, Narratívum* című könyvét, melyben huszonöt év tanulmányait, kutatásait válogatta össze a szerző. A szociálpszichológia széles spektrumát átölelő művében a szerző az első fejezetet a szerep, szerepelmélet és szerepkonfliktusok témaköreinek szenteli, melyekre a világirodalom remekeiből merít példát. Mielőtt kifejténénk az öngyilkosság és a társadalmi változások közti összefüggést, szükségessé válik a szerep-internalizációs hipotézis definiálása. „A **szerep - internalizációs hipotézis** értelmében a szerepek beépülhetnek az énbe és az énídentitás szerves részét alkotják” (24 old.).

Szerepeink megváltozhatnak egyrészt társadalmi hatásokra (pl. új munkahely, új pozíció), de megváltozhatnak életkori sajátosságokból adódóan is (pl. eriksoni fejlődési szakaszoknak megfelelően). Akár a szociális, akár az identitásszerep változik meg, fontos az, hogy az új szerep a korábban, az énbe internalizált régi szereppel ne kerüljön összeütközésbe. Ha a régi és az új szerep összeütközésbe kerül, szerepváltás konfliktus áll fenn. A szerepváltáshoz az identitásváltásnak meg kell történni, vagyis a szociális identitásváltást énídentitásváltásnak kell követnie, s ha ez nem megy végbe, belső szerepkonfliktus alakul ki. A szerző felhívja a figyelmünket arra, hogy „Az énídentitás és a szociális identitás távolságának megnövekedése patológiás jelenség, valószínűsíti az interakció meghiúsulását, de nem jelenti egyértelműen a saját identitását a társaktól eltérő módon definiáló személy betegségét” (László, 1998, 33 old.).

Eriksontól és más szerzőktől tudjuk, hogy az identitásváltás folyamata krízishelyzetnek feleltethető meg, és mint minden ilyen kritikus helyzet, magában hordozza az öngyilkosság lehetőségét.

Magne-Ingvar és mtsai (1992) a szociális háló szerepét vizsgálták öngyilkosságot megkísérlőknél (N=75, 44 nőbeteg és 31 férfi). Arra az eredményre jutottak, hogy az öngyilkosságot megkísérlőknek mindössze 13%-a rendelkezett jól funkcionáló kapcsolattal, megfelelő szociális hálóval. Az elvált embereket a szuicidium szempontjából nagyobb kockázatú csoportba sorolta, mint a házasságban, élettársi kapcsolatban, egyedül vagy özvegyként élőket.

Taylor és mtsai (2004) egy ausztráliai kutatásban a mentális egészségről és jóllétről nemzeti felmérést végeztek. Logisztikus regressziós modell alkalmazásával N=10.641 ember adatait értékelték. Arra az eredményre jutottak, hogy a szocio-ökonómiai státusz és a mentális zavarok, legfőképp az affektív zavarok, illetve az öngyilkossági kísérletek között jelentős kapcsolat van (Taylor és mtsai, 2004).

A fenti eredmények rávilágítanak, hogy a szuicidium prevenciójában a szociális háttér ismerete, a társadalmi-gazdasági helyzet feltérképezése is kiemelt jelentőséggel bír.

II.3. A szuicidium harmadlagos rizikófaktorai:

A szuicidium harmadlagos rizikófaktorai: férfinem, adoleszcens (serdülő) kor, idős kor és a vulnerábilis periódusok (tavasz, premenstrum, reggeli és kora délelőtti órák, telihold). Ezek a rizikófaktorok a mindennapi élettel együtt járnak, nem kerülhetők ki és nem változtathatók meg, önmagukban nem, hanem az elsődleges és a másodlagos rizikófaktorokkal együtt jelentenek az öngyilkosság szempontjából fokozott kockázatot, önmagukban csekély a prediktív értékük (Rihmer, 2001, Rihmer és Fekete, 2009).

Epidemiológiai vizsgálatokból jól ismert tény, hogy **a befejezett szuicidumok száma a férfiaknál jóval magasabb**, mint a nők körében, ugyanis a férfiak gyakrabban választanak violens módszert, szemben a nőkkel. Több kutató úgy vélekedik, hogy a férfiak a szociális és gazdasági változásokat sokkal kevésbé tudják feldolgozni, mint a nők. A férfinem az instabilitás okozta változásra kevésbé tud adaptív módon reagálni. A szuicid viselkedés nemi különbségeire később, a III. fejezetben térek ki.

A nemi különbség mellett az életkor szintén a szuicidium rizikófaktor, mivel az életkorral párhuzamosan a befejezett szuicidumok gyakorisága növekvő tendenciát mutat. A kutatók az idős kor (65 év és felette), mint rizikótényező szerepét hangsúlyozzák az öngyilkosságban. Az Amerikai Egyesült Államokban a 65 éves és idősebb emberek öngyilkossági aránya 2009-ben magasabb volt, 14,2 100.000 főre számítva, mint a teljes

populáció öngyilkossági nemzeti átlaga 10,9 (NIMH, 2009). Idős korban az öngyilkossági halálozás magas aránya összefüggésbe hozható az időskori depresszió magas számával. Egy amerikai vizsgálat szerint, míg a középkorúak kétharmada, addig az idősek közel háromnegyede volt depressziósnak diagnosztizálható. Bár az is fontos, hogy idős korban a depresszió sokszor testi tünetekkel maszkírozott, hívja fel figyelmünket Rihmer egy korábbi tanulmányában (Rihmer, 1994).

Vörös és mtsai (2004) szintén vizsgálták az öngyilkossági kísérletek kor és nem szerinti megoszlását. Azokkal a korábbi kutatásokkal ellentétben, melyekben az öngyilkossággal kapcsolatban egy vagy két kiugró csúcsot jelöltek meg, a szerzők három jól elkülönülő helyi maximumot írtak le, a fiatal korosztály csúcsát, amit az adolescens krízissel, a középkorúak csúcsát, melyet a mid-life krízissel, és az idősek korosztályát, amit szerep reintegráció problematikájával és az elmúlás gondolatával, halállal való szembenézéssel hoztak kapcsolatba. A korábbi vizsgálatokhoz hasonlóan ők is azt kapták, hogy a férfiak körében lényegesen magasabb a szuicidiumok száma és ők inkább nyúlnak violens eszközökhöz, mint a nők.

Az öngyilkosság szempontjából a vulnerabilis időszakokat áttekintve az egyik rizikó periódus, ami kiemelkedik, a premenstruális szindróma, mely a menstruációt körülbelül egy héttel előzi meg és mely alatt olyan súlyos, a major depresszió állapotához hasonló tüneti kép alakulhat ki, melyben a személy nem tudja ellátni a munkáját, feszült, sír és hangulatilag nyomott lesz. Ezen állapotban fennállhat a szuicidium veszélye. A premenstruális szindróma a magas prevalenciája miatt (körülbelül 75%), fokozott figyelmet igényel (Belső, 2001).

A harmadlagos rizikófaktorok közül két tényező kiemelkedő: a tavasz és a reggeli órák. Mindkét faktor a depresszióval függ össze, melyről tudjuk, hogy a szuicidium elsőrendű rizikófaktoraihoz tartozik. A depressziónak, illetve a hangulatzavaroknak ismert a szezonális jellege. Statisztikailag igazolt, hogy tavasszal és ősszel több a depressziós vagy mániás betegek száma. Így a tavasz-ősz a hangulatzavarok rizikóperiódusainak tekinthetők. Klinikai megfigyelések és tüneti beszámolók alapján a reggel az a napszak, amikor legrosszabbak a betegek tünetei, ez a hangulatzavarok napszaki ingadozását tükrözi.

A szuicidium megelőzésében az anamnézis felvételekor szintén fontos rákérdezni ez utóbbi felsorolt két rizikófaktorra.

III. Nemi különbségek a szuicid viselkedésben

A szuicidológiai kutatásokban egyre inkább előtérbe került a nemi különbségek vizsgálata (Canetto és Sakinofsky, 1998, Qin és mtsai, 2000, Qin és mtsai, 2003, Osváth és Fekete, 2003, Vörös és mtsai, 2004, Fekete és Osváth, 2004, Hunt és mtsai, 2006, Ellis és Lamis, 2007, Canetto, 2008). Különböző tanulmányok eredményei alapján **a nemi különbségek jól láthatóvá váltak a szuicid kutatás szinte minden területén:** az epidemiológiai vizsgálatokban, az öngyilkossági módszer megválasztásában, a társadalmi és gazdasági rizikótényezők tekintetében, a segítségkérésben, a stresszel való megküzdésben, a kommunikációban és a kezeléssel való együttműködésben (Hawton, 2000, Rihmer és mtsai, 2002, Vörös és mtsai, 2004, Canetto, 2008, Sebestyén, 2009).

A KSH 2008-as statisztikai adatai alapján 2006-ban az **öngyilkosságot elkövetők, mintegy háromnegyede férfi** volt, nevezetesen 2006-ban Magyarországon 1861 férfi és 599 nő halt meg öngyilkosságban. Az Amerikai Egyesült Államokban 2006-ban az öngyilkosság a férfiaknál a hetedik, míg a nőknél tizenhatodik vezető halálok volt (NIMH, 2009).

Azt a jelenséget, hogy a nőknél az öngyilkossági gondolatok és az öngyilkossági kísérletek száma magasabb, ugyanakkor az öngyilkosságban meghaltak száma alacsonyabb, mint a férfiaknál Canetto a **szuicid viselkedés nemi paradoxonának** nevezte el (Canetto és Sakinofsky, 1998).

Számos kutató az öngyilkos viselkedés nemi különbségeit a nők és a férfiak alaptermészetének különbözőségével magyarázza, mely különbség véleményük szerint a nemi szerep szocializációjából származtatható (Appleby, 1996, Langhinrichsen és mtsai, 1998, Qin és mtsai, 2000, Qin és mtsai, 2003, Vörös és mtsai, 2004, Hunt, 2006, Ellis és Lamis, 2007). A nemi szerep szocializációja során a férfiakkal kapcsolatban olyan elvárások fogalmazódnak meg, mint pl. „erősnek kell lenni, nem lehetsz gyenge, nem illik egy férfinak panaszkodni, családfenntartó leszel, légy sikeres és több pénzt kell keresni.” A szocializáció folyamatában ezen kívülről (szülőtől) jövő elvárások beépülnek a személyiségbe és a viselkedés mozgatórugóivá válnak, de ezen elvárásoknak nem lesz könnyű megfelelni.

A férfiak alaptermészete sokkal inkább jellemezhető a maskulinitás, kockázatvállalás és élménykereső tulajdonságokkal, mint a nőké, és ezen személyiségjellemzők segítik őket a kezdetben kívülről, később belülről jövő elvárásoknak, az „igazi férfi” képnek való megfelelésben. A szuicidiummal foglalkozó kutatók több tanulmányban vizsgálták a szuicid viselkedés kialakulásában a maskulinitás, a kockázatvállalás és az élménykeresés szerepét.

Lewinson és mtsai (1995) kidolgoztak egy 96 tételből álló önkitöltéses kérdőívet, az Élethez Való Beállítódás Kérdőívet (Life Attitude Schedule, rövidítve=LAS), melynek egyik pólusa az életet veszélyeztető, kockázatvállaló és öngyilkossággal kapcsolatos viselkedést méri, még az ellentétes póluson az életet támogató, életminőséget javító viselkedésformák helyezkednek el. A LAS kérdőív 4 alskálából áll, mely méri 1.) az öngyilkossággal és halállal kapcsolatos (Death-Related=DR), 2.) a betegséggel és egészséggel kapcsolatos pozitív és negatív (Health-Related=HR), 3.) kockázatvállalással és sérüléssel kapcsolatos (Injury-Related=IR), 4.) önmagára irányuló (Self-Related=SR) viselkedésformákat. Bizonyított, hogy a LAS összpontszám jelentősen kapcsolódik jelenlegi/aktuális öngyilkossági gondolatok megjelenéséhez és a múltbeli öngyilkossági kísérletek gyakoriságához (Lewinson és mtsai, 1995).

Langhinrichsen és mtsai (1998) a LAS segítségével mutatták ki a nemi különbséget a szuicid viselkedésben. A vizsgálati mintát két csoport alkotta. Az egyik csoportban középiskolások vettek részt (99 férfi, 106 nő, 16,3 év átlagéletkor), a másik csoportot egyetemi hallgatók alkották (289 férfi, 304 nő, 19,6 év átlagéletkor). A szerzők adataik alapján azt kapták, hogy a férfiak mindkét vizsgálati csoportban magasabb összpontértéket értek el a LAS skálán, mint a nők. A férfiak legfőképp a kockázatvállalással és sérüléssel kapcsolatos (IR), illetve az egészséggel kapcsolatos negatív (HR) alskálákon értek el magasabb pontokat. A vizsgálat alátámasztotta a korábbi kutatások eredményeit, miszerint **a férfiak sokkal inkább jellemezhetők kockázatvállalással, élménykereséssel és az egészséghez való negatív hozzáállással, mint a nők, és ezáltal a férfiak úgy tűnik, alaptermészetüknél fogva a szuicidumra veszélyeztetettebbek a nőknél.** A nemre specifikus eredményeiket a szerzők a nemi-szerep szocializáció keretén belül értelmezték, mely szerint **a nemi-szerep szocializáció ösztönzi a férfiakat** arra, hogy a kockázatvállaláson keresztül mutassák ki erejüket, férfiasságukat és függetlenségüket, akár életük veszélyeztetése árán is. Ezzel szemben a nőket kislánykoruktól arra szocializálják, hogy minél nagyobb gondot fordítsanak a testükre, megjelenésükre és minél több egészséges tevékenységet végezzenek.

A maszkulinitás öngyilkosságban betöltött szerepéről megoszlik a kutatók véleménye. Vannak eredmények, melyek a mellett szólnak, hogy a maszkulinitás a szuicidum irányába vulnerabilissá tesz, még más vizsgálatok szerint a maszkulinitás inkább protektív szerepet tölt be.

Ez utóbbi állítást alátámasztja Hunt és mtsai, 2006-os kutatásának az eredménye. A szerzők három generációban (fiatalok: 653 férfi és nő, 23 év körüliek, középkoruk elején lévő: 754 férfi és nő, 43 év körüliek és középkoruk végén lévő: 722 férfi és nő, 63 év

körüli) vizsgálták a nemi szerep orientáció (maszkulinitás-feminitás) a nemi szerep attitűd (nemi szereppel kapcsolatos tradicionális beállítódások) a szuicid viselkedéssel való kapcsolatát. A nemi szerep orientációt a Nemi Szerep Kérdőívvel vizsgálták, melynek maszkulinitás skáláján magasabb pontokat elérő emberek maszkulinitással jellemezhetők. A maszkulinitás skála olyan tételeket tartalmazott, mint „védem a saját meggyőződésem, függetlenség, öntudatosság, erős személyiség, dominancia, állásfoglalásra való hajlam, vezetői képesség”). A nemi szerep attitűdöket a Nemi Szerep Attitűd Skálával vizsgálták. Hunt és mtsai (2006) adataik alapján az alábbi eredményekre jutottak: a.) súlyos öngyilkossági gondolatok nagyobb gyakorisággal fordultak elő fiatal felnőttkorban, mint a középkorúak két csoportjában. b.) fiataloknál, főleg nőknél a szexuális élet megítélése állt kapcsolatban az öngyilkossági gondolatokkal. A kutatók ezen eredménye összhangban áll azzal a klinikai megfigyeléssel, miszerint fiatal, öngyilkosságot megkísérlő betegek gyakran párkapcsolatuk megszakadásával vagy azzal való elégedetlenségükkel indokolják tettüket. c.) A szerzők a középkoruk elején lévő vizsgálati személyeknél a maszkulinitás és a szuicid gondolatok között negatív irányú kapcsolatot azonosítottak. d.) Végezetül, a nemi szerep attitűd pozitív kapcsolatban állt a szuicid gondolatok gyakoriságával. Más szerzők is Hunthoz hasonló eredményre jutottak a maszkulinitás szuicidiumban betöltött szerepét illetően.

Rudmin és mtsai (2003), Waelde és mtsai (1994) a „**maszkulinitás ezerarcúságáról**” írnak. Úgy vélik, a maszkulinitás nem tesz vulnerabilissá a szuicidiumra, hanem protektív tényező is lehet.

A fentieket összefoglalva az eddigi eredmények alapján a maszkulinitás szuicidiumban betöltött szerepének megítélése nem egységes.

Az öngyilkossági módszer megválasztásában is jelentős különbséget találunk a nemek között. A férfiak a „férfias” természethez közelebb álló violens módszereket preferálják, szemben a nők „finomabb” eszközeivel. A 2006-os statisztikai felmérések szerint az öngyilkosság mikéntjét tekintve a leggyakoribb a férfiak körében az önakasztás, amit az intoxikáció, a lőfegyverhasználat és a magas helyről való leugrás követ. Az Amerikai Egyesült Államokban lőfegyverhasználat a befejezett szuicidiumot elkövető férfiak több mint a felénél (56, 56%) történt (NIMH, 2009).

Hazánkban a pécsi WHO/EURO Szuicidológiai Centrum kutatói, akik több mint 50.000 szuicid kísérletet regisztráltak és ebből ezernél több adatot dolgoztak fel a korábban végzett vizsgálatokhoz hasonló eredményekre jutottak, nevezetesen a férfiak az öngyilkossághoz inkább violens módszereket választottak, mint az akasztás, vágás, magas

helyekről leugrás és lőfegyverhasználat. A vizsgálat alapján a gyógyszeres intoxikációval kapcsolatban úgy tűnt, hogy a férfiak a meprobamát és karbamazepint, ezzel szemben a nők a benzodiazepint helyezik előtérbe. A férfiak halállal végződő öngyilkossági kísérleteit a kutatók a férfiak erősebb meghalási szándékával, nagyobb mértékű agresszivitással és impulzivitással és a violens módszerek pontosabb ismeretével és kivitelezésével magyarázzák (Osváth és Fekete, 2003, Vörös és mtsai 2004, Fekete és Osváth 2004).

Qin és mtsai (2003) 1981-1997 között 21169 öngyilkosságban meghalt és 423128 túlélő (kontroll) személy négy dán longitudinális regiszterből nyert adatait tanulmányozva arra a következtetésre jutott, hogy **a rizikófaktorok nemenként különböző erősségű hatással bírnak**: férfiaknál a magány, a munkanélküliség, az alacsony jövedelem, mint rizikótényezők erősebben hatnak, ugyanakkor nők esetén a gyermekáldás hiánya hozható kapcsolatba a nagyobb szuicid rizikóval.

A férfi és női szuicid viselkedés eltérése hátterében nemcsak az eltérő módszer-választás (férfiaknál gyakrabban violens) és a nemre specifikus szocializáció állhat, hanem a társadalmi folyamatok változása is (Canetto, 1992-1993, Canetto és Lester, 1995, Rihmer és Rutz, 2000). A változó társadalmi rendszerekben a szuicid ráta magasabb, mint a stabil kultúrákban. Rihmer és Rutz (2000) tanulmányukban kiemelik, hogy egyes társadalmi változások által érintett kelet-európai országokban jellemző az öngyilkosság mértékének növekedése, és ez különösen igaznak bizonyult a férfiakra. A szerzők feltételezése alapján ez a változás a férfi szerepek normáiban olyan elmozdulást okozott, mely elvárásoknak a férfiak csak nehezen tudnak megfelelni. H. Sas Judit (1988) már a Magyarországon végbemenő, a rendszerváltás kezdeti szakaszában a nőkkel és a férfiakkal kapcsolatos társadalmi sztereotípiák életéről, eredetéről, és szocializációjáról szóló könyvében felhívta a figyelmet a nőiesség, férfiasság normáinak változásával együtt járó problémákra (H. Sas, 1988). Más vizsgálatok a két nem eltérő szuicid viselkedésében a problémakezelés és a stresszhelyzet megélésének különbségét emelik ki (Lubell, 2001).

Watt és Sharp (2001) előbbi alátámasztották: tizenkilencezer serdülővel készült komplex vizsgálatukból arra az eredményre jutottak, hogy a férfiak inkább a társadalmi státuszvesztésre, a nők a kapcsolatuk megszakadására reagálnak öngyilkossággal.

A **szociokulturális tényezők** közül, mint fentebb is kitértünk rá, a társadalmi változásoknak jelentős szerepük van az öngyilkos viselkedés kialakulásában, főként akkor, ha az individuum nem tud megfelelni a társadalom által elvárt nemi szerepeinek. A nemi szerepeknek való meg nem felelés a személyiségben nemi szerep konfliktushoz vezet, mely negatívan hat mind önmagára a személyre, mind interperszonális kapcsolataira.

A nemi szerep konfliktust átélők interperszonális kapcsolatait egymás álláspontjával való szembehelyezkedés, ellenségeség, fokozott dominancia igény, alacsony intimitás szint és az előzőekből adódó alacsonyabb házastársi alkalmazkodás jellemezték. Számos korábbi tanulmány alátámasztotta, hogy ezen sajátosságok negatív hatást fejtenek ki a partnerre.

Breiding 2004-ben 60 házaspárt vizsgált, akik először egy interjúban vettek részt, amikor házastársukról kellett beszélni 5 percig, majd kitöltötték: a Nemiszerep Konfliktus Kérdőívet, a Házastársi/diádikus Alkalmazkodás Skálát, a Beck Depresszió skálát és az ellenségeskedés és dominancia mérésére az Interperszonális Tranzakció tünetlistát. Ezt követően 10 percig adott témáról kellett beszélniük, melyet a vizsgálatvezetők magnóra vettek. Az alábbi eredményeket kapták: 1) Negatív kapcsolatot találtak a férfi nemiszerep konfliktus és házastársi alkalmazkodás között. 2) A nemiszerep konfliktussal jellemezhető férjek ellenségesebben viselkedtek a házastársukkal való interakció során. 3) Végezetül arra a következtetésre jutottak, hogy a kritikusság mediátor szerepet tölt be a férfi nemiszerep konfliktus és a házassági alkalmazkodás között (Breiding és mtsai, 2004).

IV. Öngyilkosság, családszerkezet, kommunikáció

A fentiekből látszik, hogy mára már elég jól feltérképezhetők az öngyilkosság rizikófaktorai, és ismertek protektív tényezők (Rihmer, 1996), mégis kevés olyan vizsgálat van, amely a veszélyeztetett mellett a családi kontextusra is hangsúlyt helyez.

Vizsgálatok sora alátámasztotta, hogy a család, mint védőháló protektív szerepet tölt be az öngyilkosság megelőzésében (Magne-Ingvar és mtsai, 1992, Émile Durkheim, 2003, Quin és mtsai, 2003).

Nemcsak a családnak, de a hozzátartozóknak is szerepe lehet az öngyilkos magatartás kialakulásában (Wolk és Wassermann, 1986, Canetto és mtsai, 1989, Arcel és mtsai, 1992, Koopmans és mtsai, 1995, Bakó, 2002, Koltai, 2003).

Az alábbiakban azokat a szempontokat és dimenziókat tekintjük át, amelyek szerint a család szerkezetére és működésére vonatkozóan tudományos eredményekkel rendelkezünk.

IV.1. A szuicidium családdal összefüggő vonatkozásai négy dimenzió mentén

Amikor a szuicidium családdal összefüggő vonatkozásait kutatjuk négy dimenzió szerint közelíthetünk:

IV.1.1. Strukturális dimenzió:

Ez a dimenzió a családszerkezet, határok, alrendszerek, autonómia, távolság-közelség, szerepek, funkció-hiérarchiák, kohézió és alkalmazkodóképesség területeit vizsgálja. Azok a teóriák, amelyek fogalmi rendszerkeretül szolgálnak, az egyes strukturális összetevőket elmélet-specifikusan hangsúlyozzák.

A strukturális irányzat (Minuchin és mtsai, 1967) mindenekelőtt a családstruktúrát, a generációs határokat és a hierarchikus szerepelrendeződéseket állítja a középpontba. A „kapcsolati zűrzavar” versus az elszigeteltség foka, illetve az alkalmazkodási potenciál mértéke ad támpontot a családi működés megértéséhez. A jól funkcionáló családokban világos tekintélyi vonalak és határozott határok vannak a szülők és gyermekek közt, így a szülők képesek elősegíteni a gyermek tágabb szociális környezetben való alkalmazkodását. A kihelyezett antennákkal és folytonos egymást ellenőrzéssel élő család a szimatoló/kontrolláló viszonyulással a kuszaság diszfunkcionális állapotában él. Az interakciószegény és kapcsolathányos családban a „hajók az éjszakában némán mennek el egymás mellett”, ez az elszigeteltség állapota. A szélsőséges struktúrákban élő gyermek pszichoszomatikus problémákkal reagálhat, a felnőttek pedig magatartászavarokra esélyesek.

A családi rendszer alrendszerei (házaspár, szülők, gyermek(ek), testvérek, nagyszülők, együttélő rokonság) egységeket alkotnak. Ezen egységek különböző síkjainak szabályozását, ellenőrzését, valamint a funkcionális differenciáció fenntartásához szükséges határokat hierarchikus struktúra jellemzi. A túl merev vagy diffúz határok funkciózavarokat eredményeznek az alrendszerek között, de a család és külső környezete viszonylatában is. A „kusza” család belső határai pl. diffúzak, ezáltal az alrendszerek közötti mozgások kaotikusak, külső határai viszont merevek és ez akadályozza a kölcsönös kommunikációt a külső környezettel.

Bowen (1978) modellje a családtagok egészséges individualizációja, az autonóm személyiség kibontakozása szempontjából, a távolság-közelség szabályozásának viszonylatában vizsgálja a családi struktúrát és működést. Kérdéses, hogy mennyire segíti elő a család az egyes családtagok, illetve az együttélő- esetleg több-nemzedék egészséges,

autonóm fejlődését, vagy éppen akadályát képezi a szelf-differenciálódás folyamatának. Egy szülőpár „életfélelme” pl. elegendő ahhoz, hogy ennek elhárítására gyermeküket bevonják saját interakcióikba. Ez a „háromszögesítés” pl. arra kényszerítheti a gyermeket, hogy a szülők házasságának fenntartása érdekében feláldozza saját fejlődési igényeit.

A család strukturális dimenziója szempontjából a kohézióra és alkalmazkodóképességre vonatkozóan Beavers (1977) valamint Olson (1996) „circumplex” modellje tartható jelentősnek. Beavers rendszermodellje egy pszichiátriai elméletet kapcsol össze az általános rendszerszemléletű irányulással (Beavers, 1990, Beavers és mtsai, 1996). Modellje három előfeltevésen nyugszik: 1. a családi funkciószintet egyféle folytonossággal lehet leginkább kifejezni; 2. a családok teljesítésének mérése a működésminőség fontos tényezője; 3. a családokra különböző működési stíluspreferencia jellemző: a centripetális (befelé irányuló) a családból erőt merítő felől a kiegyensúlyozotton át a centrifugális (kifelé irányuló), az érzelmet és kielégülést a családon kívül kereső stílusig terjedő kontinuumon. Az alkalmazkodóképesség a centripetális erő aránnyal áll összefüggésben. Végül ez a modell szervesen illeszkedik a családterápia legfontosabb klinikai irányzatához. Pl. a strukturált és határokat hangsúlyozó Minuchin-féle, a self-differenciálódásra koncentráló boweni vagy olsoni circumplex modellhez is.

Olson a családi kohézió fő fogalmát emeli ki (Olson és mtsai, 1982) a kohéziót folytonosságként jelöli meg, mely az elszigetelttől az elkülönült és a kapcsolatban állón keresztül a szélsőségesen kuszáig terjed. Az alkalmazkodóképesség folytonossági íve a merev, a strukturált, a rugalmas és a kaotikus tengelyen fejezhető ki. A két fő dimenzió (kohézió és alkalmazkodóképesség) összekapcsolásával a családokat eszerint tizenhat típus szerint lehet osztályozni. A szélsőségek diszfunkcionalitással, a középső(bb) értékek jól funkcionáló, azaz megfelelőbb alkalmazkodóképességgel jellemezhetők.

IV.1.2. A történetiség dimenziója

Ez a dimenzió az előtörténetre, a származási családra helyezi a hangsúlyt. Milyen pszichogenetikai, szociális átörökítő hatásokat hordoznak és visznek tovább a párok, és mit vesznek át tőlük a gyermekeik? A nemzedékeken is gyakorta átívelő patológiáknak nem csupán a biológiai determináció oldaláról van és lehet jelentőségük, hanem a pszichológiai, érzelmi, viselkedési és tüneti magatartás átvétele, „eltanulása” és továbbadása szempontjából is. A mintakövetés nem tudatos interakciós jellegzetességeit éppúgy hordozza az anyai magatartás („Nem fogok kiabálni a gyermekemmel-amint anyám tette”- mondja a kismama,

majd pedig később „akarata ellenére” mégis önfeledten hangoskodik), mint a gyermek reakciója (modellkövető tanulását már óvodai kiabálásaiban tetten lehet érni). Később, felnőttként is az a viselkedés válhat számára a szülői szerepben „természetesnek”, amelyet önmaga megtapasztalt, eltanult. A modellkövetés azonban az elhárító és feszültségfeldolgozó lelki mechanizmusok átvételére is kiterjed.

A családtörténet legbeszédesebb diagnosztikai nyomozó eljárása a genogram. Nemzedékeken át követhetővé teszi a házassági vagy együttélési kapcsolatokban lévő felek „hozott” pszichopatológiáját, tovább adásának jellegzetes nyomvonalát. A pszichikai zavarok genetikai diszpozíciója és interakciók, a családi narratívumokból feltáruló „hozománya” jól követhető a genogram szemléletes megjelenítő módszerével, melyben a csatlakozó családtörténetek a tünetek megjelenése szempontjából releváns, a fejlődésre leginkább ható tapasztalati viselkedésmintákat is magukba foglalják. Nyilvánvaló, hogy a klinikai kép, vagy a magatartászavar jellege dönti el, milyen súlya lehet a zavar létrejöttében a pszichogenetikai tényezőknek.

A szülők származási családjának története, az együttélés módja, a szülők jellegzetes reagálása nyomravezető lehet pl. a maximalista követelmények eredetéhez. Rátalálhatunk azokra a problematikus készségekre, hajlamokra, melyeket a szülők betartottak saját házassági és családi életükben és –önkéntelenül is- tovább örökítenek. A párkapcsolatok zavarai esetében a kollúziók (rejtett, tudattalan összejátszások) labirintusában mindig a származási családból hozott felderítése képezi az Ariadné fonalat (Willi, 2001). A gyermeket is bevonhatják a szülők a párkapcsolati játszmákba és a megoldatlan konfliktusokba, különféle koalícióképző, parentifikáló, bűnbak stb. szerepben. A családtagok előtörténeti idővonala a nemzedékeken átívelő családi mítosz- és titok képzésére, családműködési jellegzetességekre világíthat rá. Az utóbbi két évtized kutatásai és terápiás megfigyelései bebizonyították, hogy a történelmi traumatizáció az egyes családok, családtagok, gyermekek, túlélők lelkében hagyott –tudattalan- mély nyomokkal tovább örökítheti a szélsőséges retteget, a veszteségtől való félelmeket, a pszichoszomatikus reakciómintákat, (ön)destruktív-autoagresszív pszichológiai hajlamokat (Virág, 1997). Az előtörténetre a családból hozható minták jelentőségére világít rá Bagdy Emőke vizsgálata is a depressziós anya és párja (diád), valamint (testvérpár esetén a legkisebb) gyermekük triadikus interakciók jellegzetességeit illetően. Az anyát a párkapcsolati diádban „self-diszkvalifikációs” ön-alulértékelő, és párját felértékelő vagy erősítő kommunikációs lépések jellemzik. A gyermek belépésével azonban képes –átmenetileg- feladni szubordinált helyzetét, miközben a gyermek kezdi el az önalávető anyai mintához hasonló interaktivitást (Bagdy, 2002). A vizsgált

depressziós anyák hasonló magatartással jellemezték származási családjuk nő tagjait, gyakran az édesanyjukat.

IV.1.3.Fejlődéslélektani dimenzió

Az egyéni érés/fejlődés a párkapcsolati és családi rendszer időbeli- folyamati változásával szoros, elválaszthatatlan összefüggésben a legfontosabb dinamikai generátor szerepét tölti be. Erikson az individuum érési folyamatának pszichoszociális modelljét „a bölcsőtől a sírig” nyomon követhető, epigenetikus (belsőleg programozott, törvényszerűen előrehaladó) ciklusokban láttatja (Erikson, 1990). A pár- és családfejlődés szakaszoló „ciklusmodelljei” ehhez képest az egyének belső fejlődését is szolgáló családrendszer fázis-specifikus feladataiban és történéseiben ragadják meg az időbeli-folyamati szükségszerűségeket. Haley (1967, 1976) jól ismert hétfázisú modellje, és más szakaszoló elméletek mellett olyan fejlődési koncepciókra térhetünk ki, amelyek pár/családdiagnosztikai hozama az idők során bebizonyosodott. Combrinck-Graham pl. a családi életciklust soknemzedékes spirálmozgásként jeleníti meg (Combrinck-Graham, 1985). A centripetális (közelítő, összetartó) és centrifugális (távolodó, „kiröpítő”) mozgáserők periódusai között oszcilláló fejlődés az egyének és a családi alrendszerek változásaiban képeződik le. A párkapcsolat kezdetének, a gyermek(ek) születésének, sőt a családot érő sokkhatásoknak vagy traumáknak az idején inkább a centripetális erők, míg az iskolakezdekéskor a fiatal felnőtt gyermek elköltözésekor vagy házasságkötéskor a centrifugális erők kerülnek átmenetileg túlsúlyba. Az individualitás, az autonómia fázisspecifikus hangsúlyozása a centrifugális erők aktivizálódásával jár. A szituatív hatások (státuszvesztés, konfliktusok) is módosítják az erőarányokat. Az alrendszer(ek)ben kialakuló dinamikai viszonyoktól és kiegyensúlyozó törekvésektől függ a rendszeregyensúly. Léteznek olyan időszakok egy család életében, amikor együtt élő nemzedékekre (nagyszülők-szülők- gyermekek) kiterjedően összhangba kerül a két fő erő, pl. az idősek nyugdíjra, a szülők az életközépi feladataikra, a gyermekek már a fiatal felnőtti életre, pl. tanulmányaik felsőszintű folytatására készülnek fel. Máskor pedig a családrendszert alkotó egyének, illetve alrendszerek, nemzedékek ellentétesnek, aszinkronnak élik meg az életeseményeket. Ilyenkor valószínű, hogy az egyensúly megrendülését különféle zavarjelenségek (esetleg tünetek, betegségek) megjelenése jelzi. Nem tervezett gyors változások, elhagyás, válás, státuszvesztés stb. krízisállapotként tükrözik az erőrendszerek diszharmóniáját.

Anders a sikeres vagy eredménytelen „szabályozás” összefüggésében vizsgálja a fejlődési folyamatot (Anders, 1989). Az egyéni fejlődés(ek)e)t elősegítő vagy gátló aktivitások a fejlődéssel együtt járó feladatok megoldási sikerének zálogai. A kiegyensúlyozott szabályozás egymás szükségleteinek felismerési érzékenységevel és főként a gyermek igényeinek megfelelő szülői viszonyulással jellemezhető. Ha a szülők, ahogy a mintaadó referenciaszemélyek hiányosan, illetve szélsőségesen reagálnak, akkor elégtelen vagy túlzott szabályozás állhat elő. Ha viszont igényfelismerés helyes, de ezt nem követi adekvát szülői reagálás, illetve a szülői kontrollfunkció inkonzisztens, akkor „szabálytalan, következetlen” szabályozásról beszélhetünk. Mindegyik kilengésnek ára van. A túlzott szabályozás pl. a függőségi viselkedés bölcsője. A patopszichológiai jelenségek a szabályozás mikéntjével összefüggésben jól értelmezhetők.

Epstein és mtsai. (1993) a rendszerszemléletű fejlődéskoncepció keretében az egészséges (jól funkcionáló) család hat működési területét ragadják meg. Ezek: a problémamegoldás, kommunikáció, szerepek, érzelmi reakciókészség, érzelmi részvétel és a viselkedés-ellenőrzés. Ez a megközelítés a jól funkcionáló, „egészséges” rendszer felől méri fel a hiányok mentén megragadható zavarfaktorokat.

Az érvényben lévő pár- és családfejlődési modelleknek (pl. Wynne, 1984, Combrinck-Graham, 1985, Haley, 1973, Solomon, 1973, Carter és McGoldrick 1989, Jenkins, 1983 és Walsh, 1982) beláthatóan közös vonásai, hogy a családot időben-folyamatban-mozgásban lévő rendszerként szemlélik, melyre belső és külső erők hatnak. A befolyásoló erők a biológiai meghatározottságoktól, személyiségi tényezőktől az alrendszerek, valamint a külső csoportok és a szociális hálózat hatásain át a kulturális és társadalmi befolyásokig terjednek. A családnak, mint fejlődő rendszernek életciklusaihoz illeszkedően feladatok sorát kell megoldania, pl. családtagok normatív vagy akcidentális érkezését-távozását, elvesztését stb. Normatív távozás lehet a fiatal felnőtt „kirepülése a fészekből” saját családalapítás felé, vagy egy idős beteg családtag halála. Akcidentális távozás viszont egy halálos baleset. Minden változás a határok módosítását és az érzelmi folyamatok átélését, feldolgozását követeli meg. Ha ezeket a család nem képes elviselni, megoldani vagy feldolgozni, akkor problémák, tünetek, zavar, vagy betegség lehetnek a nyomjelzői az elégtelen működésnek.

IV.1.4. Folyamat- (avagy kölcsönviszony) szerveződési dimenzió

A folyamat-elemzés a kommunikációt az érzelmi viszonyulás kifejezéseit, a szabályokat és a szabályozó mechanizmusokat teszi vizsgálatának tárgyává. Azokat a visszatérő

diszfunkcionális mintákat deríti fel, melyek –jellegzetes kontextushoz, azaz fenntartó helyzetekhez kötötten –e minták szerves beépülését elősegítik. A kommunikációs minták megragadása magában foglalja a család nyílt és rejtett üzeneteit, a verbális és nem verbális kifejezőmód összefüggéseit, ellentmondásainak felderítését, a tünetekkel, viselkedészavarral való kapcsolatának és értelmének kifejezését (ld. családi titok leleplezése, kínos ügy, erőszak, drog stb.). Cél: a kommunikációs devianciák, meg nem felelések, disztorziók azonosítása, és annak megismerése, hogyan határozzák meg az egyes családtagok a problémát és a változtatási lehetőségeket. Az interakciókat meghatározó családi szabályok és titkos paktumok (pl. kollúziók) bizonyosan diszfunkciót eredményeznek a rendszer működésében. Ez a jelzett (index) személy –mint páciens- inadaptív viselkedésében a legszembetűnőbb.

Stratégiai és kommunikáció orientált családterápiás iskolák (Watzlawick és mtsai, 1974) ezt a dimenziót tekintik a legfontosabbnak. Magunk is ezt a nézőpontot képviseljük és tekintjük leghangsúlyosabbnak. A „folyamat” írja le az interakciós dinamikát, mely szabályozza a viselkedést és a kapcsolatokat. A kommunikációs minták fogalma a folyamatelemzésben nélkülözhetetlen. A diszfunkcionalitás a családi kommunikációs stílus jellegzetességeiből, pl. ellentmondásos üzenetek cseréjéből fakadhat. A double bind pl. a verbális és viszony-meghatározó nem verbális üzenetek közti ellentétesség iskolapéldája. Az ilyen jellegű kettős kötések érzelmi instabilitásra hajlamosítják az elszenvedő családtagot. A folyamat-központú megközelítés a kapcsolat kontextusában elemzi és határozza meg a problémát, tünetet. A kölcsönösség, kölcsönviszony-szövődés fogalma pontosabb e vonatkozásban, mint a „folyamat”, mely nem asszociálja bennünk a cikularitás törvényszerűségét. Ezt példázza az az anya, aki szavakban fiát felnövekedésre buzdítja, de folyamatosan elárastja ellenőrző, gyámoltalanító viselkedésével, ellenőrzi fia minden megmozdulását – ekképp szóbeli üzenete szerint a fiú csak az általa előírt feltételek mellett nőhet fel, illetve maradnia kell kisfiúnak. Bármit tesz, az hibás. Ezt fogalmazza meg a „double bind” Bateson-féle modell. A folyamat dimenzió belül léteznek preferált kérdéskörök, melyek (valamely módszerrel történő) feltárást igényelnek. Ilyen kérdések pl.:

a.) Az érzelmek kifejezése:

Milyen jellegű az érzelmek kifejezése a párban?

Megfelelnek-e az érzelmek a szóban forgó témáknak?

Érzékenyen észreveszik-e a párok, családtagok egymás érzelmeit?

Milyen érzést kelt a pár kommunikációs stílusa az interjú készítőjében?

b.) Problémamegoldás:

Hogyan oldotta meg problémáit eddig a pár, család?

Vannak-e sajátos nemi jellegű különbségek a problémamegoldó stratégiákban?

Ki hozza meg a döntéseket? Megkérdezi-e az érintett a párja véleményét?

c.) Kommunikáció:

Kongruens-e a verbális és a nem verbális kommunikáció?

Megerősítik vagy érvénytelenítik egymás verbális megnyilvánulásait?

Ismétlődően szélsőségekbe esik-e a pár verbális konfliktus esetén.

d.) Magatartásminták

Késznek mutatkozik-e a pár arra, hogy megfontolás tárgyává tegyen változtatásokat?

Úgy fest-e, mintha a szükséges változtatásokat kerülnék a fennálló homeosztázis javára?

IV.2. Jürg Willi: Kollúzió-Koevolúció elmélete

Ahhoz, hogy rámutassunk a házastársi kapcsolatok, párkapcsolatok, azaz a családi viszonyok szuicidium kialakulásában betöltött szerepére, nélkülözhetetlen a párkapcsolati dinamikát magyarázó elméletek közül egy olyan modellt kiválasztanunk, mely a kutatásunkhoz nemcsak elméleti alapot nyújt, hanem módszertani szempontból is megfelelően valid és megbízható vizsgáló eljárást biztosít az elméletben felvetett és felmerülő dinamikai kérdések vizsgálatához. Ez az előzőekben tárgyalt dimenziók szempontjából a folyamat-dinamikai viszonyminta elemző és kommunikáció orientált megközelítésnek feleltethető meg. Saját kutatásunkban a hangsúlyt a kapcsolat manifeszt és rejtett erőterére, valamint ennek kommunikációban való tükröződésére helyezzük.

Az általunk preferált modell a Jürg Willi zürichi pszichiáter és párterapeuta által, a hetvenes években kidolgozott kollúzió koncepció (Willi, 1972). A kollúzió-modell erénye, hogy integrálja a családterápiák rendszerszemléletét, a kommunikációelméleti megközelítést és a pszichodinamikai szemléletmódot, alkalmassá válva az inter- és intraperszonális dinamikai viszonyok feltárására a kommunikáció elemzése útján. Mint pszichodinamikai eszközt, ezen célok megvalósításának érdekében dolgozta ki Jürg Willi a Közös Rorschach Tesztet, melynek alkalmazása igen gyümölcsöző eredményeket hozott a pár- és családi kapcsolati dinamika feltérképezése során.

A párkapcsolatok működésére és fejlődésére vonatkozóan Willi bevezette a **koevolúció (együttfejlődés) fogalmát, miszerint a pár együttélésének lényege (koegzisztenciális feladata) egy közös élet kialakítása, közös célok megfogalmazása, a „közös jelentésadás”**. – A Közös Rorschach Tesztben ez a jelentésadási folyamat hűen leképeződik, amikor a házaspár vagy család közös jelentést próbál adni minden Rorschach

táblára. – A valóságban a jelentésadási folyamat egy „**kapcsolati erőterben**” zajlik, amelyben különböző tudattalan és tudatos erők vektorainak eredői határozzák meg a pár fejlődési irányvonalát, mely lehet pozitív (előre mutató, egymás illetve a közös fejlődést elősegítő) és negatív (romboló) hatású (Bagdy, 2002, Kiss és mtsai, 2008).

A kapcsolati erőterben kitüntetett szerepe van a **családi rendszereknek**. A párkapcsolati, családi pszichodinamikai modellek felhívják a figyelmet a **házassági kötelék** „**Janus arcú**”-ságára, miszerint a párkapcsolat lehet stabil, védelmet nyújtó „bástya”, támasz funkciójából adódóan védőháló a nehezített élethelyzettel, stresszel szemben, de lelki küzdelmek színterévé is válhat.

A házastársak egymás számára a beteljesült vágyakat éppúgy szimbolizálják, mint a beteljesületleneket. Egymás szemében a felek tűnhetnek „földiekkel játszó égi tüneménynek”, máskor a „csalfa vak remény”-t képviselik, mely utóbbi boldogtalansághoz vezet. A beteljesületlen vágyak és kielégítetlen szükségletek, melyek a korai kötődési tapasztalatok által determináltak, a párkapcsolat rejtett motivációinak forrásává válnak és egy részük teljesíthetővé lesz, még a másik részük nem. „Ha az igényeket lehetetlenség kielégíteni, akkor izgatott állapot jön létre, mely folyamatosan önmagát táplálja és tartja fenn, anélkül hogy valaha is megnyugvást találna”, írta Durkheim az Öngyilkosságról szóló könyvében (id. mű 275. old.) (Durkheim, 2003).

A pszichodinamikai elgondolások szerint a kisgyermekkorból hozott késztetések mentén az egyén kereshet önmagához hasonlót (nárcisztikus tárgyválasztás), szülő-imagót (incesztuózusos kötődés) vagy keresheti párjában saját hiányzó részét is (komplementer választás esetén), mely választás által úgy véli, kiegészül a személyisége (Bagdy, 2002, Buda, 2002). **A pár tagjai (házastársak) között ezen tudattalan célok megvalósulásának érdekében rejtett összejátszás (kollúzió) jön létre, amely igen törékeny egyensúlyt hoz létre a pár életében. Tehát kollúzió esetén a párok egy közös eredetű, megoldatlan konfliktust hordoznak magukkal.** A párok korai gyermekkorból magukkal hozott problémái, patológiái egymás személyiségére provokálóan hatnak, ami lehet pozitív és negatív jellegű hatás. **A negatív összjáték (kollúzió) következményeként patológiás folyamatok indulhatnak be, erősödhetnek fel, és maradhatnak fenn.**

Összefoglalva: **a kollúzió a tudattalan mentén szerveződik és súlyos pszichikus zavarokhoz, tünetekhez vezethet, mint szorongás, agresszió, frusztráció, düh és akár öngyilkosság.**

Kiss és mtsai (2008) harminchat, minimum egy éve párkapcsolatban élő (20-45 év közötti) mintánál próbálták a kollúzió jelenségét detektálni. A kollúzió elméletből ismert,

hogy a kollúzió tudattalan szerveződésű és látens módon munkál, így a szerzők azt feltételezték, hogy a kollúzió manifeszt viselkedési szinten nem, míg szimbolikus üzenetekben, indirekt viselkedési formákban testet ölthet. Elővételezték azt is, ha a kollúzió agressziót, frusztrációt, ambivalenciát és szorongást eredményez, akkor ezen következményeknek a kommunikációs folyamat szimbolikus üzeneteiben meg kell jelenniük. A kutatók statisztikai adatokkal tudták igazolni, hogy a klinikailag kollúzívnek minősíthető párok jelentősen több kollúzió jelző reakciót adtak, mint a nem kollúzív párok. Kollúzív pároknál azt is leírták, hogy minél több a rejtett agresszió, frusztráció, düh a párkapcsolatban, annál több az interakciók száma, annál hosszabbra nyúlik az egyezkedés folyamata, mert a „felek belebonyolódnak a rejtetten indulatteli viszonyaikba, sok esetben a táblák szimbolikus terét elfojtott, negatív érzéseik szimbolikus üzenetesi, kifejezési terepének használva”(117. old). Ez a helyzet veszély lehetőségét hordozza magában, mert a „rejtett üzenet magával robbantja a mögöttes feszültségeket is és a felszínre kerülő tartalommal a hozzá kapcsolódó feszültségek is kifejezési utat találnak” (119. old) (Kiss és mtsai, 2008).

IV.3. Öngyilkosságot megkísérlők kommunikációs jellegzetességei

Williams és Lyons (1976), valamint általuk idézett más szerzők sine morbo és szuicidiumot megkísérlőket és családtagjaikat összehasonlítva azt találták, hogy az öngyilkosságot megkísérlők családjainak interakciói kevésbé hatékonyak, mert a hatékony interakciók száma kevés, ugyanakkor magasabb a konfliktusoké és a negatív megerősítéseké.

Farberow és Schneidman (1961) „cry for help”-ként írták le a segélykérő kommunikáció általában alig meghallható „kiáltását”, amely olykor az utolsó kétségbeesett, többnyire sikertelen segítségkérés. A „preszuicidális szindróma”jelenségére Ringel (1974) mutatott rá. Leírásában egy triász jellemzi a szuicid krízist. Elsőként ez egy jellegzetes pszichikus zárlat állapot: dinamikus beszűkülés, visszavonulás a megszokott aktivitásból, az érdeklődés és a motivációk megcsappanása, a gondolkodás rigiditása és a kapcsolati izoláció. A második jellemző az agresszió gátlása, az indulatok befelé fordítása, melyben a belső feszültség rendkívül megnő. A harmadik tünetcsoport a fantáziavilágba menekülés, saját halálának elképzelésével, a halál felé vezető út egyre erősebb vágyával. A halál, mint megváltó megoldás jelenik meg a krízisben lévő személy számára.

Öngyilkosságot megkísérlők, illetve elkövetők preszuicidális kommunikációjával kapcsolatban a kutatók között nincsen egyetértés. Némely kutató azt tapasztalta, hogy az öngyilkosságban meghaltak kevesebbet beszéltek környezetük felé, mint azok, akik

megkísérelték az öngyilkosságot, de nem haltak meg. Portzky és mtsai (2009) vizsgálatában 19 befejezett szuicidiumot elkövető serdülő adatait hasonlította össze 19 öngyilkosságot megkísérlő serdülőével. Az eredmények alapján az öngyilkosságot elkövetőknél halálukat megelőző év során többször is megfigyelhettek önpusztító viselkedést és több kapcsolati problémát. Azt is megfigyelték, hogy ezek a serdülők kevesebbet beszéltek környezetüknek, mint a kontrollszemélyek, és amikor ezt tették, ez a közlés kevésbé a szülők felé irányult. A szerzők következtetése szerint abban az esetben, ha kifelé, a környezet felé irányul a viselkedésszavar, ez csökkenti az öngyilkosság elkövetésének veszélyét, szemben mikor a személy izolálódik környezetétől, és befelé fordul. Az öngyilkosságot elkövetők (meghaltak) és tervezők közt más kutatók is hasonló eltéréseket találtak, nevezetesen az elkövetők „csendben” készülődtek, míg a tervezők pedig nyilvánvalóbb jelzéseket küldtek környezetüknek.

Levi és mtsai (2008) úgy vélték, hogy a sikertelen öngyilkosságot elkövetők megértésével még sikeresebben tanulmányozhatjuk az öngyilkosság problémáját. Azt a hipotézist tesztelték, hogy a lelki fájdalom a végzetes öngyilkos viselkedés általános rizikófaktor, a kommunikációs nehézség pedig egy másik kockázati tényező. Kutatásukba 35 olyan személyt vontak be, akik súlyos önkárosító módszerekkel próbálkoztak, összehasonlítva őket 67 olyan személlyel, akik csak enyhébb kísérletet tettek, és 71 kontrollszeméllyel. Mindnyájukat SCID-I diagnosztikai interjúval vizsgálták, illetve kérdőíveket töltöttek a mentális fájdalomra, a kommunikációs nehézségekre, illetve az öngyilkossági kísérletre vonatkozóan. Eredményeik szerint a fájdalom (pl. a depresszió mértéke) az öngyilkosság bekövetkezését jósolta be, a kommunikációs nehézségek mértéke pedig meghatározta, hogy milyen mértékű és jellegű volt az önkárosítás. A halálos kimenetelű öngyilkosság jellegét, – következtettek a szerzők – a kommunikációs nehézségek, az érzelmek megosztásának problémája határozza meg a legerősebben. Összegezve, az elviselhetetlen pszichés fájdalom felül tehát az egyén képtelen kifejezni azt, amit érez – és ez vezet fokozottabb szuicid veszélyeztetettséghez.

Más kutatók hangsúlyozzák, hogy a legtöbb szuicid veszélyeztetett kommunikálja ezt a szándékát. Gyakran fordulnak háziorvoshoz, pszichiáterhez, pszichológushoz vagy más szakemberhez indirekt vagy direkt módon jelezve, hogy mit terveznek. Több vizsgálatban leírták, hogy öngyilkosság előtt 1 hónapon belül a betegek 34-60%-a, egy héten belül 16-40%-a járt háziorvosnál, még 1 héten belül 9-11% kereste fel pszichiáterét (Wolk-Wassermann, 1986, Andersen és mtsai, 2000, Rihmer, 2001, Rihmer és mtsai, 2002).

Az esetek mintegy 90 százalékánál van hasonló „cry for help” felnőttek esetében, míg serdülőknél ez az arány valamivel kisebb, 80 százalékos. Lehet, hogy a szándékot kommunikáló elkövetők inkább a verbalitás, kevésbé a cselekvés síkján mutatják meg a krízist. Azok viszont, akik valóban véget akarnak vetni az életüknek, hallgatnak, vagy csak keveset beszélnek erről, titokban készülődnek és ezáltal még önveszélyesebbé válnak, ellentétben azokkal, akik inkább manipulatív szándékkal próbálkoznak, de nem akarnak meghalni. A manipulációs szándékkal öngyilkosságot többször megkísérlők mégis ugyanolyan kitüntetett figyelmet érdemelnek, mint akiknél nincs manipulációs szándék, mert statisztikailag bizonyított, hogy az öngyilkosok 30-40%-ának volt már előzetes öngyilkossági kísérlete.

A fentiekhez hasonlóan Handwerk és mtsai (1998) kutatásukban azt hangsúlyozták, hogy az öngyilkossági eseteket megelőzően az elkövetők mintegy 80 százaléka kommunikálja szuicid szándékát. Tanulmányukban azt vizsgálták, hogyan kapcsolódik az elkövetési módszer súlyossága (halálossága) a preszuicid kommunikációhoz. Kilenc év alatt vizsgált 46 esetben a kettő közt fordított kapcsolatot találtak, vagyis minél inkább kommunikálta valaki ezt a szándékát, annál kevésbé fatális módszert választott.

A kultúra, kommunikáció és szuicidium összefüggésrendszerében rendkívül jelentősnek tekinthetjük Kézdi Balázs hazai munkásságát. Állítása szerint a kapcsolati erőterben a szociokulturális tényezők épp úgy hatnak, mint a családi rendszer. Diszkurzív szuicidológiájának lényege a „hálózat-mivoltában” ragadható meg. Ez a vonás, -mint írja a szerző- úgy képzelhető el, hogy az emberek a létezés valóságában kulturális diskurzus folyamatába kerülnek, ennek tematizációja sokféle lehet és az élet során változik is, mint maga a társadalom vagy történelem, egyszersmind ezzel egyidőben „jelentésteli reprezentációk horgonyozódnak le az aktuális diskurzusok nyomán. Ezek azután szimbolikus hálózatot alkotnak, melyek minden eleme minden többivel kapcsolatban áll és aktivitási potenciállal bír” (Kézdi, 1995. 15. old). Kézdi szerint a hálózat egyes elemei olyan aktivitási szenzibilitással bírnak, amely a hálózaton át – több más elem bevonódásával – cselekvésre intencionálnak és megindítják az öndestrukció valamelyik formáját. Rendkívül jelentős „*A negatív kód*” című művében hangsúlyozza, hogy a negatív kód, mint nyelvi jelenség a magyar szuicid diskurzus jele, mint exkluzív forma. Mint jel kollekció egyszerre reprezentál egy világképet, ugyanakkor lehet a személyiségdinamikának a nyelvi jele. Az öngyilkosság jelenségének megértésekor az értelmezés és megértés (a hermeneutika) módszerével lehet feltárni a kultúra és az öngyilkosság kapcsolatát. Kézdi a Clifford Geertz-féle szemiotikai kultúra fogalmát használja, miszerint „az ember, jelentések maga szötte hálójában függő

állat.” „A kultúrát tekintem ennek a hálónak, elemzését pedig éppen emiatt nem törvénykereső kísérleti tudománynak, hanem a jelentés nyomába szegődő értelmező tudománynak tartom.”– írja (102.old). A szerző koncepciójában az öndestruktív intencionáltságot /indíttatást kultúraspecifikusnak tekinti.

A szuicidium a magyar kultúrát, mint kód tükrözi. Ezt Kézdi a magyar szuicid szcénának nevezi. A magyar kultúrát a tagadás, mint kód tükrözi. A szerző szerint, az öngyilkosságot megkísérlő tetteivel az adott kultúrára reagál (Kézdi, 1995). Kézdi és más szerzők is úgy vélik, hogy az öngyilkosság jelei fellelhetők a kommunikációban, interakcióban (jelentés cserékben) és a diskurzusokban (jelentést hordozó szövegekben). Hangsúlyozza, hogy a nyelvünkben leképeződött kultúra a tagadást preferálja és az élet igénylése a tagadás tagadása lesz.

A kultúra és kommunikáció tehát egymással szerves kölcsönhatásban áll, mert a kultúra jelentősen meghatározza, hogy „mit” és „hogyan” kommunikálunk, ugyanakkor a kommunikációs folyamat révén átörökítődnek a kultúrát meghatározó sajátosságok (Kézdi, 1995).

Összegzésként megállapíthatjuk, hogy a kommunikáció széles spektrumának, a nyelvnek, szimbolumoknak, expresszív kifejezőmódoknak és a kultúra minden önkifejező formájának a kutatása továbbra is ígéretes terepnek tűnik a szuicidium megelőzésében.

IV.4. A szuicid családok jellegzetességei

Az öngyilkosság megértésében a korai dinamikus elméletek közül, kiemelt szerepet tölt be a Margaret Mahler-féle tárgykapcsolati fejlődéselmélet, nevezetesen Robert Litman és Norman Tabachnik (in. Koltai 2003) koncepciójában az öngyilkosság voltaképpen a szeparáció-individualizáció fázisába történő regresszió. A családterapeuták és más rendszerszemléletben gondolkodó szakemberek egy csoportja az öngyilkosságot a mahleri individuális fejlődési elmélettel magyarázza a rendszerszemlélet keretein belül.

Ezen megközelítés alapján a szuicid családokat:

- a) Változásra való képtelenség
- b) Sikertelen szeparáció
- c) Szimbiotikus kapcsolatok
- d) Kötődési zavarok
- e) Gyász (vesztesség) tagadása jellemzik (Koltai, 2003).

A család, változásra való képtelenségét tükrözi a merev családi struktúra és szerepek, a családi életciklusok megújulásának hiánya, a régi állapotok konzerválásának szándéka. Tudvalevő, hogy, az autonóm személyiség kialakulásának feltétele a sikeres szeparáció. A szuicid családoknál megfigyelték, hogy a családtagok félnek a szeparációtól (esetleges kora gyermekkorból származó traumák vagy a családban már előforduló szuicid veszteségek miatt), így a családban fejlődő fiatal képtelen lesz a „sikeres” leválásra és később egy megfelelő intim párkapcsolat kialakítására. A „sikertelen” szeparáció következményeként fennmaradnak a szimbiotikus kapcsolati formák a családban. „Később ezek a gyermekkorban kialakult rossz alkuk modellként szolgálnak”- írta Terence Real (2007) *A Házasság vagy szövetség* című munkájában (99.old.). Ha a fiatalnak mégis sikerülne „erőszakos” leválással kilépni ebből a családi helyzetből, a korai szimbiotikus kötődési mintáknak megfelelően szimbiotikus igényeit kielégítő párkapcsolatokat fog keresni, a másik lehetőség pedig, hogy izolálódik és magányos marad. A szimbiózisból való erőszakos kiszakadásnak mindenképp kötődési zavar az eredménye, mely később a házaspár életében párkapcsolati zavarokban, tünetekben nyilvánulhat meg (Koltai, 2003). „Nem lehet új tökéletes párkapcsolatot elérni, régi tökéletlen módszerekkel” (Real, 2008, 100. old.).

IV.5. A családokban a szuicid krízis kialakulásának pszichés feltételei

A szuicid krízis a családokban akkor alakul ki, amikor az

- **Egyén erőforrásai kimerülnek:**

Az öngyilkosságot megkísérlő, aki gyakran önértékelési problémával küzd, olyan párt választ, akitől titkon az reméli, hogy kompenzálja önértékelési válságát, kielégíti nárcisztikus igényeit. Ezen tudattalan vágya ha nem kerül kielégítésre, a házastársában csalódni fog. Párjától csalódásaiból adódó nézeteltérései miatt elhidegül és végezetül reménytelenségével, szorongásaival magára marad.

- **A család erőforrásai kimerülnek:**

Az öngyilkosságot megkísérlő kompenzációs törekvései ellenére is „hasonmás partnert választ”, aki ugyan úgy sérült (szimbiotikus kötődési mintákkal, alacsony önértékeléssel rendelkezik, mint a veszélyeztetett) és képtelen lesz segíteni a stresszhelyzet megoldásában, és nem tudja kielégíteni házastársa vágyait, igényeit. Sőt a partner az energiáit inkább saját védekezésére, a szimbiotikus elnyelés elleni küzdelemre fordítja (Wolk és Wasserman, 1986, Canetto és mtsai, 1989, Holte és mtsai, 1990, Arcel és mtsai, 1992).

- **Reménytelenség** uralkodik el a családtagokon.

- **Stressz** és a vele járó feszültség elviselhetetlenné válik a felek számára.
- Az **öngyilkosság**, mint egyetlen lehetséges „kiút” jelenik meg a családban.

Az öngyilkossággal, mint egyedüli lehetséges „megoldással” tudattalanul mindenki egyetért.

A kollúzió modell értelmében a családtagok tudattalanul összejátszanak az öngyilkosságra készülővel, miközben probléma elfedő játszmát alakítanak ki (Koltai, 2003, Bakó, 2002/a/b).

Mindezekből jól látható a család, a hozzátartozók szerepe a szuicid magatartás kialakulásában.

Különböző vizsgálatok a szuicidiumot megkísérlők családdinamikáját az alábbi sajátosságokkal jellemzik: a családi kapcsolatok lazák, a kohézió szintje alacsony, intimitás hiány, sikertelen problémamegoldás, támogatás hiánya és kommunikációs zavarok (Orbach, 1986, Arcel és mtsai 1992).

A kommunikációvizsgálatok e családokat úgy jellemezték, melyekben a hatékony kommunikáció hiányzik, a kommunikációnak ellentmondásos, „double bind” jellege van, jellemző a problémák elfedése, devalválása vagy a titkolódzás, és ahol megjelenik a halál témaköre is (Koopmans, 1995, Bakó, 2002). Koopmans (1995) véleménye alapján a család azért nem tölti be támogató, védő szerepét, mivel a partner is sérült. Más szerzők hangsúlyozzák, hogy a partner azért nem tud hatékonyan segíteni, mivel sokszor önmaga is hasonló lelki problémában szenved (Canetto és mtsai, 1989, Wassermann, D. és Wassermann, C. 2009).

V. Öngyilkosság és megküzdési mechanizmusok

V.1. Megküzdés és pszichológiai immunrendszer

A körülöttünk zajló akut társadalmi változások fokozottan igénybe veszik mind az egyén, mind a társadalom legkisebb sejtje, a család alkalmazkodó képességét. Alkalmazkodni nemcsak a nagy rendszernek, a társadalomnak a változásaihoz kell, hanem az individuum szintjén történő változásokhoz is. Ide sorolhatók például: a tartós stresszhatások, az egyén egzisztenciális létét, testi-lelki jólétét, személyiségének integritását veszélyeztető hatások, állapotok. Azt, hogy stresszhelyzetből valaki hogyan kerül ki, regresszióba csúszik-e vagy sikeres kimenetel esetén tapasztalatokkal gazdagodik-e a személyisége vagy azt, hogy különböző betegségeknel (pszichopatológiai kórképeknél) a betegség kialakulása, lefolyása,

gyógyulási ideje, relapszus rátája és kimenetele – gyógyulása és mortalitása – hogyan alakul, vagy netán az öngyilkosságot választja, azt a megküzdési vagy coping stratégiák is befolyásolják.

A megküzdés kutatói **három fő megküzdési modellt** dolgoztak ki: **1) diszpozicionális** (strukturális), **2) kontextuális** (dinamikai) és **3) integratív modelleket** (Lazarus és Folkman, 1984, Zeidner és Endler, 1996). A diszpozicionális modell lényege, hogy a személyiségnek vannak bizonyos állandó személyiségvonásai, amelyek a megküzdés meghatározói, ide sorolhatók például az énvédő mechanizmusok. A diszpozicionális megközelítésben a megküzdés stabil tulajdonsága a személyiségnek. A diszpozicionális megközelítéssel szemben, a kontextuális megközelítésben a megküzdés olyan dinamikus folyamatnak tekinthető, mely a helyzet értékelésének függvényében változik. Az integratív modell, ahogy neve is jelzi, ötvözi a diszpozicionális és a kontextuális megközelítéseket.

A megküzdés fogalma Lazarus definíciója alapján „állandóan változó kognitív és viselkedéses erőfeszítés azért, hogy kezelni tudjuk azokat a külső/belső ingereket, melyekről úgy értékeljük, hogy próbára teszik, vagy meghaladják erőfeszítéseinket (Lazarus és Folkman, 1984). A lazarusi modellben a megküzdő viselkedést, illetve annak módját és az emóciókat is a **kognitív értékelés** (cognitiv appraisal) **határozza meg**. Az értékelő folyamat lehet **elsődleges** (primary appraisal) és **másodlagos** (secondary appraisal). Az elsődleges értékelés az egyén jól-léte szempontjából értékeli a stresszhelyzetet (pl.) Mit jelent ez nekem? Ártalmas a helyzet vagy sem?). A másodlagos értékelés a megküzdési stratégiák számba vétele és kiválasztása (pl.) Milyen erőforrások állnak a rendelkezésemre? Melyiket válasszam, menekülés vagy támadás?).

Ma a stresszkutatások területén újfajta szemléletmód kerül előtérbe. Nem azt keressük, hogy stresszhelyzetben miért lett valaki beteg, hanem hogyan tudott egészséges maradni, milyen személyiségvonások, belső lehetőségek vagy „coping potenciálok” segítettek egészsége megőrzésében. Oláh (1993) értelmezésében **coping potenciál dimenzióknak nevezzük azokat a kognitív természetű személyiségtényezőket, melyek az elsődleges és másodlagos értékelés közvetlen befolyásolásán keresztül járulnak hozzá az egyén megküzdési hatékonyságának erősítéséhez**. Problémamegoldás során, nehezített élethelyzetben, stresszhelyzetben személyiségünk **védekező rendszerét**, azaz „**pszichológiai immunrendszerét**” a coping potenciál dimenziók alkotják.

V.2. Megküzdést befolyásoló kognitív tényezők és az én-séma modell

A stresszel, problémahelyzettel való megküzdéssel foglalkozó kutatók leírták, hogy az ineffektív megküzdési mechanizmusok és a pszichikus zavarok kapcsolatban állnak egymással, nevezetesen olyan betegségek, mint a depresszió, evészavarok és a szuicid viselkedés jelensége összefügg a szűk körű, maladaptív coping stratégiákkal (Asarnow és mtsai., 1987, Sommers, 1996, Szili, 2000, Szili, 2002, Szili és György, 2005).

A kutatókban felmerült az a kérdés, hogy vannak-e olyan belső tényezők, melyek befolyásolni tudják a stresszhelyzetek (mindennapi étellel járó stresszek, betegség) és az öngyilkosság közti kapcsolatot.

Johnson és mtsai (2008) leírták az öngyilkosság **én-séma modelljét, melynek központjában az önértékelés áll. Modelljükből kiindulva feltételezték, hogy a pozitív önértékelési sémák kivédhetik az öngyilkossági gondolatokat és viselkedéseket.** Kutatásukban 78 szuicid gondolatokkal küzdő embernél vizsgálták a stresszhelyzetek, a pozitív önértékelés és öngyilkossági gondolatok kapcsolatát. Eredményeik bizonyították feltevéseiket, miszerint az énről alkotott pozitív sémák moderálták a stresszhelyzet és az öngyilkosság közti kapcsolatot, nevezetesen a pozitív én-sémával rendelkező embereknél a stresszhelyzet intenzív előfordulása nem növelte az öngyilkossági gondolatok gyakoriságát. A szerzők mindebből arra következtettek, hogy az **önértékelés** hat az öngyilkossági gondolatok előfordulására (Johnson és mtsai, 2010).

Korábbi, saját vizsgálatunkban (Szili és György, 2005) hasonló eredményekre jutottunk. Evészavarban szenvedő betegeknél anya-gyermek relációban vizsgáltuk az anyai kommunikáció hatását az evészavarban szenvedő gyermek önértékelésére és megküzdésére. Azt tapasztaltuk, hogy az anya permanens negatív, elutasító kommunikációja a gyermeke felé negatív módon hatott gyermeke önértékelésére, önkompetenciájának, én-hatékonyságának alakulására. A gyermek szocializációja során az anya negatív visszajelzései gyermekében interiorizálódtak és negatív én-sémák, negatív önértékelés kialakulásához vezettek, később ezen negatív én-sémáknak szerepük lehetett a maladaptív megküzdési stratégiák (pl. önbüntető megküzdés), depresszió és öngyilkos viselkedés kialakulásában. Mindezek alapján úgy véltük, az evészavarok maladaptív megküzdési stílus manifesztációinak is tekinthetők, vagyis az evészavarok szimbolikus megnyilvánulásai az önbüntető megküzdési stratégiának. A fentiekből arra a következtetésre jutottunk, hogy a negatív önértékelés, önmagunkba vetett hit hiánya igen jelentős szerepet tölt be az öngyilkos viselkedés megjelenésében.

Az öngyilkosság én-séma modellje alapján kétféle értékelés befolyásolja az öngyilkosság előfordulását: elsőként a stresszhelyzet értékelése, másrészt az önértékelés. Ismert, hogy az önértékelés lehet negatív és pozitív. A negatív önértékelés, mint fentebb már utaltunk rá, veszélyes, még a pozitív védő hatású lehet az által, hogy moderálja a kapcsolatot a stresszhelyzet és az öngyilkosság között és ez által az alkalmazkodást (reziliencia) segíti. Elmondható, hogy a pozitív önértékelés a reziliencia egyik fő forrásának tekinthető (Johnson 2008, Johnson, 2010).

Néhány kutató vizsgálatai által igazolni tudta, hogy a kognitív tényezők közül **az élet értelmességének tudata** is kapcsolatba hozható a megküzdéssel. Az élet értelmességének tudata minél inkább jelen van az egyén gondolatában, annál jobban tudja mozgósítani megküzdési stratégiáit, és kisebb a valószínűsége az öngyilkos viselkedés megjelenésének (Linehan és mtsai, 1983, Edwards és Holden, 2003).

V.3. Megküzdés lelki betegségekkel és az öngyilkosság

Közismert, hogy a pszichikus betegségek nagy részénél a betegség központjában súlyos önértékelési zavar áll, és ez kifejezetten igaz a depresszióra, melyről tudjuk, hogy a szuicid viselkedés egyik elsődleges rizikófaktor. Az öngyilkosság én-séma modelljében gondolkodva elmondható, hogy a negatív én-séma nem tudja betölteni moderátor funkcióját a stresszhelyzet és az öngyilkos viselkedés között, így szerepe lehet a szuicid viselkedés kialakulásában.

Számos tanulmányban leírják, hogy a szuicidiumot megkísérlők megküzdési készségei gyengébbek és inadaptívak (Spirito és mtsai, 1989, Rotheram-Borus és mtsai, 1990, Speckens és Hawton, 2005, Horesh és mtsai, 2007, Cleas és mtsai, 2010).

Horesh és mtsai (2007) vizsgálatukban 30 öngyilkosság miatt pszichiátrián fekvő beteg adatait hasonlították össze 30 pszichiátrián, nem öngyilkosság miatt fekvő beteg adataival és 32 egészséges kontrollszeméllyel, vizsgálva a szuicid rizikótényezőket és a megküzdési stílust. A demográfiai változókat figyelembe véve mind a három csoport hasonlított egymáshoz, azonban az öngyilkosságot megkísérlők csoportja több pontot ért el a szuicidium rizikó skálákon. Az öngyilkosságot megkísérlők kevésbé alkalmaztak olyan adaptív megküzdési stílusokat, mint a minimalizáció és térképezés. Kevésbé hangsúlyozták az észlelt probléma fontosságát és a stresszforrásokat. A szerzők arra az érdekes eredményre jutottak, hogy négy coping stílus negatívan korrelált az öngyilkossági rizikóval:

minimalizáció, behelyettesítés, térképezés és ellentétbe fordítás, míg másik három coping stratégia, az elfojtás, a szégyen és a behelyettesítés pozitív kapcsolatot mutatott.

Epidemiológiai és klinikai vizsgálatok alapján az öngyilkosságban meghaltak több mint a fele (59-87%-a) a halál idején major depresszióban szenvedett. A megküzdés kutatói leírták, hogy az öngyilkosságot megkísérlő depressziósok hasonló negatív kognitív sémákkal rendelkeznek, mint az öngyilkossági gondolatokkal nem rendelkező depressziósok, így negatív kognitív sémáik miatt hasonlóan ítélik meg családjukat, helyzeteiket. **A szuicidiumot megkísérlők diszfunkcionálisnak ítélték családjukat, ahol alacsony a kontroll és a kohézió szintje és gyakoriak a konfliktusok. A betegek még diszfunkcionálisabbnak ítélték családjukat, mint a családtagjaik vagy az objektív megfigyelők** (Asarnow és mtsai, 1987, McDermut és mtsai, 2001).

V.4. Diádikus megküzdés

Az utóbbi években egyre több kutató hívta fel a figyelmet a megküzdés interakciós vonatkozásaira (De Longis és O'Brien, 1990, Coyne és Smith, 1991, Bodenmann, 1995, Bodenmann, 2000, Bodenmann és mtsai, 2006). A szerzők hangsúlyozták, hogy a megküzdési stratégiák alkalmazásának sikere nagy mértékben függ az interperszonális kontextustól, és e tekintetben kiemelt szerepe van a párkapcsolatoknak. Coyne és Smith (1991) szerint a stresszorok speciális jelentést hordoznak a pár számára, a "közös sors" szempontjából. A megküzdési módok megválasztásának mérlegelésénél a párnak számba kell venni saját igényeiket, saját céljaikat, a közös célokat, mit tudnak tenni egyénileg a helyzet megoldásáért ún, "felajánlások tétele", fel kell vázolni a közös megoldási lehetőségeket és végezetül át kell gondolni a stresszornak a párkapcsolatra gyakorolt esetleges hatását is.

A diádikus megküzdési elméletek három fő megküzdési stratégiát különböztetnek meg: a.) kapcsolatfókuszú megküzdést (Coyne és Smith, 1991), az empatikus megküzdést (DeLongis és O'Brien, 1990) és szisztematikus-tranzakcionális megküzdést (Bodenmann, 2005). Mindhárom megközelítés úgy definiálja **a diádikus megküzdést, mint egy folyamatot a kapcsolat azon szintjén, ahol az egyik fél megküzdési reakciói felhívják a partnere figyelmét a stresszre.** Ez a szemlélet kiterjesztése a Berkeley kutatócsoport egyéni tranzakcionális stressz és megküzdés elméletének (Lazarus és Folkman, 1984).

Coyne és Smith (1991) **a diádikus megküzdés két alformáját írja le: az aktív bevonódást és a protektív pufferelést.** Az aktív bevonódás azt jelenti, hogy az egyik partner megpróbálja bevonni a másikat beszélgetésbe, megvitatják a problémát, feltárják az

érzéseiket, megkísérelve közös, aktív, konstruktív megoldást találni a problémára. A protektív pufferek az egyfajta védő magatartást, mely azt jelenti, hogy az egyik azért tesz erőfeszítéseket, hogy a partnere érzelmei úgy könnyítsen, hogy negligálja vagy lekicsinyli az aggodalmakat vagy egyszerűen, beadja a derekát.

A diádikus megküzdés szisztematikus-tranzakcionális szemlélete (Bodenmann, 2005, Bodenmann és mtsai, 2006) kifejezi, amikor a partner kommunikálja (verbális vagy nonverbális úton) a problémáját a másik fél erre háromféle módon válaszolhat: 1.) szintén a stressz hatása alá kerül, 2.) ignorálja partnere vészjelzéseit (nem mutatja semmiféle jelét a megküzdésnek) vagy 3.) pozitív vagy negatív diádikus megküzdést mutat.

A diádikus megküzdés pozitív formái: a.) támogató diádikus coping (segít a mindennapok feladataiban, praktikus tanácsokat ad, empátikus megértéssel fordul a párja felé, segít a stresszhelyzet átértelmezésében, kifejezi, hogy hisz partnere képességeiben és szolidaritást mutat b.) közös diádikus megküzdés (közös problémamegoldás, közös információkeresés, érzések megosztása, együtt pihenés c.) delegált diádikus coping, amikor az egyik fél nyilvánvaló, egyértelmű módon kéri a másik segítségét és a feladatok konkrét felosztásra kerülnek).

A diádikus megküzdés negatív formái: a.) hosztilis diádikus megküzdést (ami olyan segítségnyújtást jelent, ami a másik lekicsinylésével, gúnyolásával jár vagy nyíltan kifejezi partnere felé érdektelenségét, esetleg a probléma súlyosságát bagatellizálja), az b.) ambivalens diádikus megküzdést (esetén a partner vonakodva segít vagy olyan beállítódást mutat, mai arról árulkodik, hogy közreműködése valójában nem szükséges) és a c.) felszínes diádikus megküzdést (amikor meghallgatás és empátia nélküli „üres érdeklődés” van a stresszhelyzetben lévő partner irányába). Bodenmann hangsúlyozza, a megküzdés meghatározza a két partner jól-létét, kapcsolatuk légkörét és a kohéziót.

Bodenmann (1996) a stresszel való inadekvát társas megküzdést hozta kapcsolatba a depresszió megjelenésével. Megállapítást nyert, hogy a depressziósok párkapcsolatában a stresszkezelés elégtelenségét jelzik többek közt a kommunikációban megjelenő negatív affektusok (Hooley és Teasdale, 1989). Az elégtelen megküzdési kapacitás nemcsak hangsúlyosabb indulatossággal és fokozottabb konfliktusveszéllyel, de a válás nagyobb rizikójával is együtt jár.

Paykel és Cooper (1992) szerint a depressziós páciensek jelentős részénél a betegség diagnosztizálása előtt párkapcsolati problémák, illetve traumatikus életesemények történtek, és ez nyilvánvalóan kapcsolatban áll a depresszióval.

Bodenmann (2000) szerint a házasságban élők közös stresszkezelési kapacitását meggyengíti az állandó stressz, mely a partnerkapcsolat minőségére is destruktívan hat. A párkapcsolati problémák megjelenése folytán a több éve megoldhatatlan gondokkal együtt élők szubjektíve több hétköznapi stressztől kezdenek szenvedni. Az átélt stresszhelyzeteket képesek viszonylag objektíven felmérni, de a rajtuk nyugvó terheket jóval nehezebbnek tekintik, mint a jól funkcionáló párok. Bodenmann modelljében a stressz negatívan hat a kommunikációra, csökkenti az együtt töltött időt, és fokozza a pszichés és szervi problémák veszélyét. Ezen hatások által további negatív mechanizmusok mozgósítódnak: a pár fejlődése megakad, a negatív kommunikáció hangsúlyosabbá válik, csökken az önfeltárás, ritkulnak a közös élmények, betegségek jelenhetnek meg, mindebből adódóan a pár elszigetelődik, korlátozásokkal szembesül, és a házasság egyensúlya végképp megbomlik. A stresszkezelési kapacitás csődje végül válással is végződhet.

A diádikus megküzdés ebben az értelemben kulcsfontosságúnak tekinthető: egyrészt segíti maguk a helyzetek megfelelőbb kezelését, másrészt elejét veszi a párkapcsolati problémák megjelenésének, harmadrészt az első két tényező kivédése által a pszichés és szomatikus problémák bekövetkezte ellen is védhet. A páros megküzdésnek akkor is szerepe van, ha a pár valamelyik tagja egyéni életében él át kritikus életeseményt, amely közvetlenül provokálhatja a depresszió keresztül az öngyilkosságot.

VI. A kutatás

VI.1. Célkitűzések és hipotézisek

Mindezek tükrében vizsgálatunk **céljai** az alábbiak voltak:

- 1) A szuicidiumot megkísérlő személy és házastársa kommunikációs stílusának jellemzése, összehasonlítva normál kontroll párokkal.
- 2) Rendszerszemléleti megközelítésből a kommunikációs folyamat „lekottázása” által betekintést nyerni a szuicid párdinamika történéseibe.
- 3) A kommunikáció elemzése által olyan jelzések azonosítása a páciens és partnere kommunikációjában, amelyek lehetővé teszik a szuicid veszély korai észlelését és megelőzését.
- 4) Nemek közti különbség feltárása a kommunikációban, mely esetleges magyarázatul szolgálhat az öngyilkosság nemi paradoxonára.
- 5) Az öngyilkosságot megkísérlőknél a depresszió súlyosságának felmérése és annak vizsgálata, hogy a depresszió súlyossága mentén találunk-e eltérést a kommunikációs stílusban.
- 6) A megküzdési stílus, azaz a coping mechanizmusok feltárása a szuicid kísérletet elkövetőknél, összehasonlítva a magyar standard minta eredményeivel.

Feltételeztük, hogy:

- 1) A szuicid személy és párja kommunikációs stílusa különbözik a normál párokétól, és benne felfedhetünk olyan elemeket, amelyek a mögöttes viszonydinamikára, valamint az öndestruktív feszültségre utalnak.
- 2) Olyan jellemzőket tudunk megragadni a viszonymintában, amelyek szuicid-veszély specifikusak.
- 3) Előző hipotézis alapján a veszély specifikus jegyek prevencióra, előrejelzésre alkalmasak.
- 4) A súlyosabb depresszió eseteiben a kommunikáció olyan regresszív jegyekben ragadható meg, amelyek az enyhébb depresszió eseteiben nem jellemzők.
- 5) A szuicídiumra veszélyeztetett depressziós személyek megküzdési stílus-mintája szignifikánsan eltér a sine morbo személyekétől, és patológia specificitása jól megragadható.

VI.2.Módszerek

VI.2.1. Vizsgálati eszközök:

VI.2.1.1. Módszertani megfontolások:

A projektív tesztek alkalmazása nem szokványos az utóbbi évtizedek diagnosztikai, és kutatási szempontú felhasználásában. Szinte első kérdésként merül fel, hogy miért választottunk mégis projektív tesztet a kapcsolati folyamatok átvilágítására. Az interakciókutatásban az elmúlt évtizedekben szokványossá vált olyan eljárások felhasználása, amelyben A és B személy közötti kapcsolat és interakció minősítésére a felek véleményét korreláltatták. Saját és a partnerrel kapcsolatos élményeik egybevetésére, illetve megütköztetésére törekedtek. Ha az interakció „mi (együtt)” helyzete az én és a te rendszer egységeit (alrendszereit) foglalja magába, akkor a résztvevő egyének önbeszámolóí csupán saját viszonyulásuk, jelentésadó belső folyamataik tükröi lehetnek. Ezzel azonban az egymásrahatás mikéntjéről, folyamatáról, az interakciós építkezésről semmit sem mondhatunk. A személyesen is jelentős természetes kapcsolatok interakciós jellemzőit, az interdependenciát, a kölcsönös egymásrahatás okozta jelentésmódosulásokat ekképp, aligha magyarázhatjuk.

A kommunikációkutatásban megállapítható, hogy az utóbbi húsz évben a folyamatelemzés egyre szorítóbb követelménye nem került összhangba a rendelkezésre álló megbízható vizsgálóeszközökkel. „Sajnos a kommunikáció ilyen jellegű tanulmányozásának kutatási stratégiái a jelenségre vonatkozó tudásunk mögött járnak, bár az évek során némi változás tapasztalható.” (222. old.). ...”de a kommunikációkutatás - végre úgy tűnik- elmozdult a periféria felől a téma középpontja felé” (Hewstone és mtsai, 1995).

Fontos kutatás-módszertani feladattá vált a diádikus interakcióban az együttműködéshez, döntéshez, egyensúlyi helyzethez vezető út („hogyan”) történéseinek megragadására alkalmas standard vizsgálati helyzet teremtése, valamint objektív és valid módszer kidolgozása, amelyben az interakció komplex egységei feltárulhatnak és elemezhetővé válnak.

E tekintetben a Közös Rorschach Vizsgálat képes megfelelni a fenti követelményeknek.

A Közös Rorschach Vizsgálat az alábbiakkal jellemezhető:

A módszer 1921-ben Hermann Rorschach svájci pszichiáter által kidolgozott projektív teszt vizsgálat (próba) tíz tábláját használja fel pár-és család, illetve kiscsoport- vizsgálati célra (maximum 8 fős interakciós helyzetben).

A vizsgálat eszköze régi, felhasználási célja és módja azonban radikálisan új. Az egyéni vizsgálatban a személy a tintafoltok által nyújtott strukturálatlan ingeranyag értelmezése során mozgósítja és felhasználja személyes indítékait, feszültségeit. A jelentésadás folyamatában az elégtelen információ hatására kivetülnek a személyiség legmenetkésebb, leghozzáférhetőbb „tudatelőttés” tartalmai. A kétszemélyes vizsgálati helyzetben az egyén áttételes, (szimbolikus) szinte kommunikál, beszél magáról és viszonylatairól. A „produktum” több szempontú feldolgozásával és értelmezésével információt nyerhetünk a személyiségstruktúráról és dinamikáról.

A Rorschach teszt **standard ingeranyagot** tartalmaz, mely pszichés munkára készíteti, kényszeríti az egyént a feladat (válaszadás) teljesítése érdekében. Blanchard (1959) erre alapozta ötletét a többszemélyes helyzetben való alkalmazás kipróbálására, kiscsoportos helyzetben. A közös teszthelyzet lényege az értelmezési, jelentésadási feladat kiterjesztése több személy, mint egység (pár, család) működésére, az együttműködés provokálására. Az instrukciók különbözhetnek a szerint, hogy egy közös válaszproduktumra kell-e törekedni a résztvevőknek vagy több választ, a lehetséges maximumot nyújtják-e. A vizsgálat lehet teljes (10 táblára kiterjedő) vagy szelektív, bizonyos Rorschach táblákra irányuló. A klasszikus KRV tíz táblával dolgozik és a résztvevőktől (legalább) egy közös válasz létrehozását kívánja meg.

Ha megnézzük melyek a közös vizsgálat előnyei, az alábbiakat tudjuk elmondani:
Farberow (1968) szerint a legfontosabb előnyei:

- a teszthelyzet és eljárás mód állandó. Ugyanaz a feladat adható több párnak, családnak is (kutatói szempont!) függetlenül a résztvevők (családtagok) intelligenciájától, iskolai végzettségétől, kulturális és szocioökonómiai helyzetétől, sőt pszichés (épp vagy sérült) állapotától is. A helyzet lehetővé teszi átfogó (statisztikai) munka, összehasonlítás elvégzését is;
- a helyzet általában jó motivációs inger képez arra, hogy érdeklődést aktivizáljon és mindvégig fenntartsa azt. Élő, gazdag interakciót vált ki és erősíti, (még a legrosszabb állapotban lévő szkizofrén betegeket is bevonja), minden résztvevőt involvál;
- az ingeranyag strukturálatlan jellegéből adódó értelmezési alkufolyamat, amely a pár és a család számára nagy interakciós szabadságot ad;

- a feladat értelmezési tranzakció. A résztvevők a táblák személyes jelentését közvetítik egymás számára, és ezek az utak, üzenetváltási módok megfelelnek a pár, család szokványos működési módjának, amikor nehéz helyzetben dönteni kell valamiről. Így standard stresszhelyzetet és döntési folyamatot modellezünk;
- betekintést nyújt arról, hogy az interperszonális alku, a konszenzusra jutás folyamán hogyan tudnak egymással a pár-, család tagjai szót érteni. Ez pedig tükrözi a viszonyukat, dominanciát, hierarchiát, alá-fölé vagy mellérendelő viszonyukat, indulatkezelésüket, engedékenységet, dependenciájukat, beleegyezési hajlamukat és láthatóvá válik ki-kivel van koalícióban, ki a leggyengébb láncszem, kit nyomnak el és végezetül ki viszi keresztül akaratát, kinek van döntő szava;
- a közös feladathelyzetben az alku során az individuális személyiségre jellemző kivetítések megváltoznak, új javaslatok, tartalmak születhetnek, melyek a személyiség azon oldaláról tájékoztatnak, mellyel az kapcsolatba lép a másik személyiséggel, azaz az interakció-személyiségről kapunk képet;
- a nyelv és kommunikációs stílus jellegzetességei a döntési vita hevében előtérbe kerülnek, láthatóvá válnak a kommunikációs hibák, zavarjelek;
- más vizsgálóeljárásokban az egyes résztvevők interakcióinak szerteágazódásai, kiinduló és végpontjai nehezen ragadhatók meg, e vizsgálatban a feladat fókuszpontjához képest jól követhetők és rendszerbe foglalhatók;
- a pár, család interakcióinak hatására létrejött tartalmi változások mérhetők, mivel az előzetesen felvett egyéni Rorschach válaszadásaival egybevetethetők. A közös vizsgálati helyzetben a válaszadások minőségére és jellegére vonatkozóan direkt interakciós mintákat is nyerünk, a viselkedés verbális és nonverbális koalíciói egyaránt hozzáférhetővé válnak;
- a feladathelyzet megsokszorozza a nonverbális üzenet-lehetőségeket, például a tábla kézbevétele, átadása, a feltértelezés koreográfiája (magyarázatot kísérő gesztusok, mimika), az alku folyamatban az egymás megnyerése érdekében produkált fizikai aktivitás stb.;
- a vizsgálatvezető többféleképpen regisztrálhatja a történéseket, személyes (vagy kontrolált, páros) megfigyelésekkel, magnó vagy videofelvételekkel. Így biztosítva van az elemzés kiterjesztésének lehetősége, akár terapeuta team dolgozik a KRV-vel, akár a kutatás kérdésfeltevései mentén történik meg az interakciós mintázat elemzése;

- végül, de nem utolsó sorban a KRV helyzetében születő üzenetek, kommentárok és tartalmak a tudatelőttres kendőzetlen kifejeződései, mely még esetleges álcájukban is felismerhetőkké válnak az elemző szakember előtt. Különösen gyümölcsöző a Rorschach táblák felszólító jellegével összefüggésben végezhető elemzés. Ugyanakkor a szimbolikus üzenettartalmak jelentése a közlő fél számára alig vagy nem nyilvánvaló, így kifejezési szabadságát nem gátolják a szokványos, konvencionális vagy etikai, lelkiismereti akadályok;
- míg a nemzetközi tesztdiagnosztikai gyakorlat mindinkább a kérdőíves módszereket, a célzott és rövid tartalmú, számítógépes módszerrel értékelhető eljárásokat részesíti előnyben, a hazai pszichodiagnosztikában megőrizték és gondozzák a Rorschach hagyományt, sőt az eljárást folyamatosan fejlesztjük, így mind a kutatásban, mind a terápiában használata gyümölcsöző lehet.

Jürg Willi zürichi családterapeuta, egyetemi tanár és Linde Brassel Amman, zürichi klinika vezető pszichológusa, valamint munkatársaik voltak az elsők, akik azzal az igénnyel nyúltak a Közös Rorschach Vizsgálat módszeréhez, hogy standardizált és szabályozott teszté fejlesszék, és ekképp alkalmazzák a klinikai gyakorlatban. A pszichodinamikai tradíción belül elsőként ők készítettek részletes megbízhatóságában is ellenőrzött jelölési módszert.

A magyar adaptációt Bagdy Emőke és kutatócsoportjai az elmúlt húsz évben több szakaszban végezték el. A debreceni egyetemen, valamint az Országos Pszichiátriai- és Neurológiai Intézetben 1985-95 között az első standardizálásra került sor. Olyan kommunikáció jelölési rendszert dolgoztak ki, amelyek a vizsgálatban résztvevő felek valamennyi közlését kódolták és mutatókba rendezték (Bagdy, 2002). A teszt a KRE Pszichológiai Intézet kutatásainak keretében a mai napig folyamatos fejlesztés alatt áll és százat meghaladó számú közleményben kísérhetjük nyomon a módszertani fejlődést és az új kutatási eredményeket (Bagdy és mstai 2008).

VI.2.1.2. Közös Rorschach Vizsgálat (rövidítve: KRV):

A vizsgálat során a Hermann Rorschach által kidolgozott projektív teszt 10 tábláját exponáljuk a vizsgálatban résztvevőknek, azzal az instrukcióval hogy, táblánként egyezzenek meg egy közös válaszban. A válaszjavaslatokat, az egyezkedés/alku folyamatát videón rögzítettük és a nem verbális megnyilvánulásokat külön papíron is lejegyeztük (pl.) elpirul, elsápad, elfordul a párjától, indulatosan reagál, passzívan legyint, ráhagyóan bólint stb.). Az értékelés során a jelölők minden verbális egységet egy adott jelölési rendszer alapján

kódjelekkel lejelölnek. A kommunikációs alku folyamata (indító szakasz, alkufolyamat és döntés vagy zárás) táblánként a kódjelek segítségével nyomonkövethető. A kódjelek (interakció-jelölők) matematikai statisztikai klaszter-csoportosítással, az interakcióban betöltött szerepük alapján kooperatív, akadályozó és nonkooperatív kód kategóriákba sorolhatók. Finomabb bontásban elkülönítjük az akciókat, aszerint, hogy azok a kommunikáció folyamatában a javaslat kimondására (direkt), illetve a kapcsolat viszonyra vonatkoznak (indirekt), így lehetnek: kooperatív direkt, kooperatív indirekt, akadályozó direkt, akadályozó indirekt, nonkooperatív direkt és nonkooperatív indirekt akciók. A kódjeleket gyakoriság táblázatba gyűjtve további számításokkal index mutatókat kiszámolhatunk: Kooperációs index, Akadályozó aktivitás index, Nonkooperációs index.

A fent említett interakció elemzés mellett, a Rorschach táblák Mérei-féle felszólító jellege alapján a vizsgálati személyek által adott válaszcsoportok további, tartalmi elemzésnek is alávetethetők. A Közös Rorschach teszt részletes leírása a Bagdy E. szerk.: *Párkapcsolatok dinamikája* című könyvben olvasható (Bagdy, 2002).

A teszt részletes jelölési, feldolgozási szempontrendszerét, a kódjelek összesítő táblázatát, az úgynevezett instrukciós füzetet a mellékletben mutatom be (1. melléklet- Kódutasítás a KRV kommunikációs lépések jelöléséhez, 2. melléklet – A közös Rorschach jelek jelentése, 3. melléklet- Összesítő táblázat a KRV kiértékeléséhez).

VI.2.1.3. Zung-féle depresszió-kérdőív: A depresszió fennállásának diagnosztizálásához alkalmazott önkitöltéses kérdőív (Zung, 1965), mely húsz tételből áll. A páciens minden egyes tételt 1-4-ig terjedő Likert-skálán értékeli. Az összpontszámot minden egyes tételhez tartozó pontszámok összege adja meg. A depresszió mértéke 56 pont felett súlyos, 48-55 pont között közepes, 41-47 pontok között enyhének tekinthető. Nem valószínűsíthető depresszió 40 pontértéken vagy alatta (Ágoston és Szili, 2009). (4. melléklet)

VI.2.1.4. Pszichológiai Immunrendszer Kérdőív: A megküzdési lehetőségek (coping potenciálok) feltárására szolgáló kérdőív (Oláh, 1993). A szerző és munkatársai a teszt kialakítása során arra törekedtek, hogy a megküzdést erősítő különböző személyiségjellemzőket egy átfogó mérőeszközbe integrálják. A szerzők a coping potenciálokat olyan kognitív természetű személyiségtényezőknek kezelik, melyek az egyén külvilághoz és az énhez való viszonyán keresztül befolyásolják a stressz vagy problémahelyzetben a személy megküzdési stratégiáinak a kialakulását. A tesztnek hosszabb (128) és rövidebb (80) tételes változata ismert, dolgozatunkban ez utóbbit alkalmaztuk. A

vizsgálati személyeknek minden egyes állítást egy négyfokú skálán aszerint kellett megítélni, hogy az mennyire jellemzi őt (tökéletesen jellemzi:4, általában:3, kicsit:2, egyáltalán nem:1). A kérdőív tételei az alább felsorolt 16 megküzdési stratégia dimenziókba sorolhatók: pozitív gondolkodás, kontroll érzés, koherenciaérzés, öntisztelet, növekedésérzés, kihívás, társas monitorozás, problémamegoldó képesség és leleményesség, énhatékonyság (mastery), társas mobilizálás, szociális alkotóképesség, szinkronképesség, impulzuskontroll, érzelmi kontroll, kitartás, ingerlékenységgtátlás. A tesztből négy összesített mutató számolható: megközelítő, monitorozó rendszer; mobilizáló, alkotó, végrehajtó rendszer; önszabályozás; valamint az összesített megküzdési potenciál mutató. A pszichológiai kutatásokban az egyes alskála pontszámokat és az összesített mutatókat egyaránt használják. (5. melléklet)

VI.3. Vizsgálati személyek: demográfiai és klinikai jellemzők

A betegcsoport azokból a szuicid kísérletet elkövető személyekből (N beteg=32, 24 férfi, 8 nőbeteg) és partnereiből (Npartner= 32, 24 nő és 8 férfi) állt, akik három éves időintervallum alatt a Győr-Moson-Sopron megyei Petz Aladár Megyei Kórház III-as pszichiátriai osztályára felvételre kerültek szuicid kísérlet miatt. A kontrollok (Nkontroll=30, 20 férfi, 10 nő) a környezetemben lévő (nem rokon) tapasztalatilag sine morbo, általam ismert házaspárokból kerültek be a vizsgálatba. A kontrollok életkori eltérését ez a tényező okozza. Relatív fiatalabb személyek álltak ugyanis rendelkezésre a hosszadalmas vizsgálatokban való részvételre. Az eredmények értékelése és értelmezése során e tényezőt figyelembe kellett vennem. Vizsgálatomban összesen 124 személy vett részt. A vizsgálatban részt vevő személyek demográfiai és klinikai jellemzőit az 1. táblázatban, a kontroll személyekét a 2. számú táblázatban mutatom be (ls. 1-es és 2-es táblázatok).

1. táblázat

A betegcsoport demográfiai és klinikai jellemzői:

| Nem | Férfi betegek | Nő betegek |
|--|----------------------|----------------------|
| Esetszám | 24 (75%) | 8 (25%) |
| Életkor átlag (év) | 44,12 (29-57) | 40,62 (19-54) |
| Lakóhely város/vidék | 10/13 | 6/2 |
| Szuicid kísérlet módja: violens/nem violens | 6/18 | 0/8 |
| Iskolai végzettség: alap/közép/felső | 15/7/2 | 5/3/0 |
| Alkohol fogyasztás az elkövetés idején igen/nem | 20/4 | 5/3 |
| Drogfogyasztás az elkövetés idején igen/nem | 0/24 | 0/8 |
| A szuicid kísérlet „oka”: család | 11 | 7 |
| munkahely | 9 | 1 |
| magány | 4 | 1 |
| anyagi | 4 | 0 |
| egyéb | 6 | 1 |

2. táblázat

A kontroll vizsgálati személyek jellemzői:

| | Számuk | Életkor átlag | SD | Iskolai végzettség: alap/közép/ felső |
|--------------|---------------|----------------------|------------|--|
| Férfi | 20 | 29,5 | 5,9 | 10/7/3 |
| Párja | 20 | 24,6 | 4,8 | 8/8/4 |
| Nő | 10 | 25,7 | 3,9 | 6/3/1 |
| Párja | 10 | 30,5 | 4,2 | 7/2/1 |

Életkorukat tekintve betegeink a középkorúak osztályába sorolhatók (átlag életkor férfiaknál 44,12 életév, nőknél 40,62 év volt). Az öngyilkosság szakirodalmából jól ismert, hogy az öngyilkossági kísérletek kor szerinti vizsgálatával a szakemberek három kiugró csúcst jelölnek meg: az adolencens kort, a középkorúak csúcsát és az idősek korcsoportját. A középkorúak szuicid viselkedésének egyik okaként a mid-life krízist hangsúlyozzák, mely

feltehetően a mi öngyilkosságot megkísérlő betegeink esetén is igaznak bizonyulhat. Férfi betegeink 11 esetben városi, 13 esetben vidéki, még a nőbetegek 6 esetben városi és 2 esetben vidéki lakóhelyet jelöltek meg. Az iskolázottság tekintetében férfi betegeinknél 15 alap, 7 közép, 2 felsőfokú, még a nőbetegeknél 5 alap, 3 közép és 0 felsőfokú végzettséggel rendelkezett. Drogfogyasztás az öngyilkosság elkövetésének idején sem a férfi, sem a női betegek körében nem történt. Azonban alkoholt fogyasztott 24-ből 20 férfi és 8-ból 5 nőbeteg. A betegek az öngyilkossági kísérlet okaként több tényezőt is megjelölhettek az alábbiak közül: család, munkahely, magány, anyagi okok és egyéb kategóriákból).

Az öngyilkosság okaként mindkét nemet tekintve a család állt kimagaslóan az első helyen. A férfiak 11 esetben jelölték a családot. A férfiak a családi tényezők mellett a munkahelyi problémákat nevezték meg a második helyen (9 esetben), majd ezeket követően magányt 4, anyagi nehézségeket 4 és egyéb okot 6 esetben nevezték meg. A nőbetegek a családot: 7, munkahelyi gondokat 1, a magányt 1, anyagi 0 és egyéb 1 esetben jelölték meg az öngyilkosság okaként. Az öngyilkossági módszert tekintve férfi betegeinknél 24-ből 6 esetben violens öngyilkossági kísérlet volt, még a nőbetegek „finomabb” módszereket, többnyire gyógyszer bevételt választottak és nem voltak violens próbálkozásaik.

A vizsgálat procedurális részében a párok bevonása jelentett nehézséget, különösen a betegek párpai esetében. A Közös Rorschach vizsgálatra és a pszichológiai tesztek felvételére poszt-szucid betegeknél a kórházba bekerülést követő egy héten belül került sor, feltétlenül figyelembe véve a vizsgálatra alkalmas állapotukat. A Közös Rorschach vizsgálatra a betegek párpait önkéntes alapon vontuk be. (Csak olyan pár szerepel a mintában, ahol a szuicidiumot megkísérlő személynek volt házastársa, illetve élettársa vagy legalább egy éve fennálló tartós párkapcsolata és a párja vállalta a vizsgálatot. Valamennyi esetben aláíratuk a tájékoztatott beleegyezést és a teljes vizsgálatra vonatkozóan megkértük az etikai bizottság engedélyét. A kérdőívek kitöltésére is egy héten belül került sor. A betegek közül sajnálatosan csak 29-en (22 férfi és 7 nő) töltötték ki értékelhetően a Zung-féle depresszió-kérdőívet, a Pszichológiai Immunrendszer kérdőívre mind a 32 beteg válaszolt. A sine morbo kontroll pároknál az önkéntesség feltétele ugyanígy teljesült, a Közös Rorschach tesztfelvételek sikeresen megvalósultak. Ez esetben is kértük az önkéntes részvétel aláírását. A Közös Rorschach vizsgálatról videofelvétel és egyidejű hanganyag is készült. A jelölők ugyanis ezek alapján végezték el az interakciókat megítélő és azokat jelölő munkájukat. Két független jelölő végezte a jelölő munkát, hogy a megbízhatósági feltétel teljesüljön.

Klinikai diagnosztikai szempontból a szuicidiumot megkísérlő betegeket a Zung-féle depresszió skála segítségével egységesen diagnosztizáltuk. A 29 beteget eszerint minden

esetben a depresszió valamely mértéke jellemezte, melyet az alábbi táblázatban szemléltettünk (ls. 3. táblázat). A táblázatból kiolvasható, hogy a vizsgálatban résztvevő és a Zung-féle depresszió skálát kitöltő betegek 72,41%-a súlyos, 17, 24%-a középsúlyos és 10, 34%-a enyhe depresszióban szenvedett.

3. táblázat

Betegeink depressziójának mértéke a Zung-féle depresszió skála alapján

| Nem | Súlyos depresszió | Középsúlyos depresszió | Enyhe depresszió |
|---------------|-------------------|------------------------|------------------|
| Férfi betegek | 16 | 3 | 3 |
| Nőbetegek | 5 | 2 | 0 |
| Összes beteg | 21 (72,41%) | 5 (17,24%) | 3 (10,34) |

VI.4. Statisztikai feldolgozás:

A **kommunikáció** elemzése során a beteg és a kontroll csoport összehasonlítását kétszemponthus vegyes varianciaanalízisekkel végeztük el, melynek független mintás szempontját a fenti két csoport, összetartozó mintás szempontját pedig a nem (férj versus feleség) képezte. Az elemzések függő változói a Közös Rorschach Teszt standard mutatói (vö. 1. melléklet).

A **depresszió súlyossága** és a **kommunikáció** kapcsolatának elemzésére korrelációs számításokat végeztünk.

A **megküzdési** változók esetén a betegminták átlagait az egymintás t-próba segítségével hasonlítottuk össze a magyar standard átlagaival.

A statisztikai számításokat a MINISTAT Programcsomag (Vargha és Czigler, 1999) segítségével végeztük el. A statisztikai elemzésekben Prof. Dr. Vargha András a Károli Gáspár Református Egyetem intézetvezetője és oktatója segített.

VII. Eredmények

A betegcsoport (szuicid és partnere) és a normál kontroll párok interakciós stílusának összehasonlítása:

Eredmények az interakciós jegyekre lebontva

Az elvégzett kétszemponyos vegyes variancia analízisekkel, amikor a betegcsoport és a kontroll csoport interakciós stílusát összehasonlítottuk az alábbi eredményeket kaptuk (lásd 4. táblázat):

Az egészséges párok kommunikációjában tendenciaszerűen gyakrabban fordultak elő a kongruens egyetértés kódjegyek, mint a betegcsoportban ($F(1;60)=3,68, p < 0,10$). Ugyancsak az ő kommunikációjukban a kérdések szignifikánsan nagyobb számban jelentek meg, összehasonlítva a szuicid kísérletet végzők és házastársaik kommunikációs stílusával ($F(1;60)=21,34, p < 0,01$). A partnerre való reagálás készségét, meggyőzési szándékot mutató tisztázó magyarázat kódjel is szignifikánsan nagyobb számban jelent meg az egészséges párok csoportjában, mint a betegeinknél és partnereiknél ($F(1;60)=17,25, p < 0,01$). A problémamegoldás feladatában a partner válaszához való visszatérések szintén az egészséges kontroll személyeknél szignifikánsan nagyobb számban fordultak elő, összehasonlítva a betegcsoport párjaival ($F(1;60)=7,47, p < 0,01$). A 4. táblázatból kiolvasható, hogy a tartalmatlan jellegű kérdések ugyancsak a kontroll csoport kommunikációjában szignifikánsan nagyobb számban voltak jelen, mint a betegcsoport párjainál ($F(1;60)=8,71, p < 0,01$). A felszólító kommunikációs kódok ($F(1;60)=4,84, p < 0,05$) és a tartalmatlan felszólítások száma is ($F(1;60)=4,50, p < 0,05$) jelentősen nagyobb az egészségeseknél a betegcsoporthoz viszonyítva.

A 4. táblázatban látható, hogy a másik záróválaszának elfogadása az öngyilkosságot megkísérlőknél és a partnereiknél szignifikánsan nagyobb mértékű, mint a normál kontroll esetében ($F(1;60)=8,07, p < 0,01$). Az elvégzett statisztikai elemzés alapján látható, hogy a szuicid kísérletet elkövetők és házastársaik kommunikációjában a zavar jegyek is szignifikánsan nagyobb arányban fordultak elő, mint a kontroll csoport párjainál ($F(1;60)=10,47, p < 0,01$). A partner által ajánlott tartalomba való passzív beletörődések szignifikánsan nagyobb számban ugyancsak a betegcsoport párjainál jelentek meg, összehasonlítva a kontroll párokkal ($F(1;60)=41,34, p < 0,01$). A statisztikai elemzés azt is kimutatta, hogy az öngyilkosságot megkísérlő személyeknél és házastársaiknál a

kommunikációs folyamatban a döntésképtelenség kódok jelentősen nagyobb számban fordultak elő, mint a kontroll csoportot alkotó pároknál ($F(1;60)=6,02, p < 0,05$).

Ellenben a korrigálások (amikor a partner által adott tartalmat pontosítja, helyesbíti vagy feltételeket fogalmaz meg vele kapcsolatban a vizsgálati személy) száma szignifikánsan gyakoribb a kontroll csoport kommunikációjában, összehasonlítva betegcsoport kommunikációs stílusával ($F(1;60)=5,36, p < 0,05$).

A 4. táblázatból még kiolvasható az is, hogy amikor a kommunikáló felek nem adtak konkrét tartalomjavaslatot, azaz a feladat szempontjából tartalmatlan kommunikációt folytattak, vagyis a tartalmatlan verbalizációs kódjegy jelentősen nagyobb arányban fordult elő a szuicid kísérletet elkövetőknél és a házastársaiknál, szemben a kontroll csoport házaspárjaival ($F(1;60)=4,91, p < 0,05$).

4. táblázat

A beteg és a kontroll csoport összehasonlítása az interakciós stílus tekintetében (eredményeink az interakciós kódjegyekre lebontva)

| Kód | Kontroll párok | Betegek és párjaik | F (1;60) |
|---------------------------|----------------|--------------------|----------|
| Kongruens egyetértés | 0.122 | 0.104 | 3,68+ |
| Kérdés | 0.0664 | 0.0361 | 21,34** |
| Tisztázó magyarázat | 0.0169 | 0.0051 | 17,25** |
| Vissza a másik válaszához | 0.111 | 0.0920 | 7,47** |
| Kérdés tartalmatlan | 0.0238 | 0.0127 | 8,71** |
| Felszólítás | 0.0134 | 0.0083 | 4,84* |
| Felszólítás tartalmatlan | 0.0072 | 0.0036 | 4,50* |
| Záróválasz a másiké | 0.0276 | 0.0402 | 8,07** |
| Zavar | 0.0047 | 0.0183 | 10,47** |
| Passzív beletörődés | 0.0030 | 0.0250 | 41,34** |
| Döntésképtelenség | 0.0017 | 0.0095 | 6,02* |
| Korrigálás | 0.0191 | 0.0118 | 5,36* |
| Tartalmatlan verbalizáció | 0.0404 | 0.0578 | 4,91* |

** $p < 0,01$ * $p < 0,05$ + $p < 0,10$ ns.= nem szignifikáns

Amikor a vizsgálati csoportok Közös Rorschach kódjeleit az interakcióban betöltött szerepük alapján csoportosítottuk, az alábbi eredményeket kaptuk (lásd 5. táblázat és 1. ábra):

A 5. táblázatból kiolvasható az a számunkra nem meglepő eredmény, hogy a kooperatív akciók szignifikánsan nagyobb arányban jelentek meg a kontroll csoport párjainál, szemben a betegcsoporttal (szuicid kísérletet elkövető és a párjuk) ($F(1;60)=16,18, p < 0,01$).

Ugyanakkor az akadályozó interakciós lépések jelentősen nagyobb arányban jelentek meg a betegcsoportban résztvevő személyek kommunikációjában, összehasonlítva a normál kontrollal ($F(1;60)=13,15, p < 0,01$). Ugyancsak a betegcsoport párjainak a kommunikációjában a nonkooperatív akciók szignifikánsan nagyobb arányban fordultak elő, szemben az egészséges kontrollcsoporttal ($F(1;60)=4,27, p < 0,05$).

Amikor megnéztük, hogy melyik csoport kommunikál intenzívebben azaz a kommunikáció folyamatában ki alkalmaz több kommunikatív lépést a statisztikai elemzés alapján arra az eredményre jutottunk, hogy az egészségesekből álló kontroll csoport párpai szignifikánsan több interakciós lépést tettek a Közös Rorschach Vizsgálati helyzetben, összehasonlítva a szuicid párokkal ($F(1;60)=6,14, p < 0,05$).

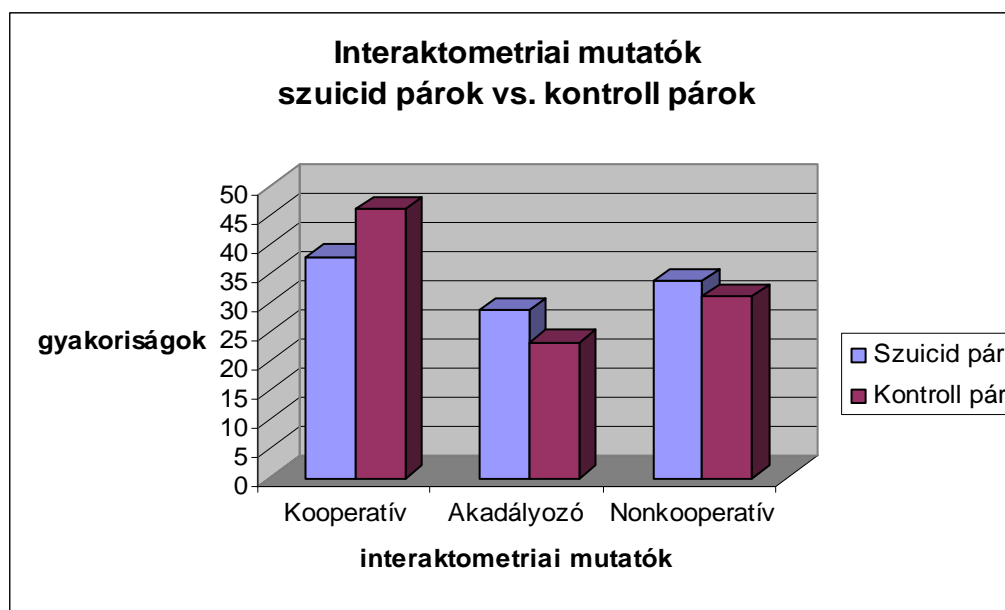
5. táblázat

A beteg és a kontroll csoport összehasonlítása az interakciós stílus tekintetében (eredményeink a kódok interakcióban betöltött szerepe alapján)

| Kódjelek az interakcióban betöltött szerepük alapján | Kontroll párok | Betegek és párjaik | F (1;60) |
|--|----------------|--------------------|----------|
| Kooperatív | 0.45 | 0.377 | 16,18** |
| Akadályozó | 0.232 | 0.282 | 13,15** |
| Nonkooperatív | 0.309 | 0.341 | 4,27* |
| Sum. Interakció | 73.12 | 58.73 | 6,14* |

** $p < 0,01$ * $p < 0,05$ + $p < 0,10$ ns.= nem szignifikáns

1. ábra



Az interakciós folyamat árnyaltabb elemzése során, a beteg házaspárokat két alcsoportra osztottuk aszerint, hogy a férj, illetve a feleség kísérelte meg a szuicidiumot. Ennek oka, hogy esetenként a két csoport eltérő módon viselkedett. Az ily módon kapott csoportokat összehasonlítva a kontroll csoporttal az alábbi eredményeket kaptuk (lásd 6. táblázat):

A kooperatív akciókon belül a direkt kooperatív akciók aránya szignifikánsan nagyobb mértékben fordult elő a kontroll (egészséges) csoportban, mint a szuicid csoport párjainál ($F(2;59)=5,21, p<0,01$). Az indirekt kooperatív lépések bár tendenciaszerűen, de szintén az egészséges kontroll csoport kommunikációját jellemezték ($F(2;59)=2,54, p<0,10$).

Azt is láttuk, még az egészséges kontroll csoport interakciós folyamatában összességében a kooperációs lépések fordultak elő nagyobb arányban, addig betegcsoportjainknál az akadályozó kommunikációs stílus dominált. Mint a 6. táblázatból kiolvasható, ez abból adódott, hogy az indirekt akadályozó akciók szignifikánsan nagyobb arányban jelentek meg a betegek és párjaik interakciójában, mint a kontroll párok esetén ($F(2;59)=5,14, p<0,01$). Érdekes, hogy a direkt akadályoztatás változóval kapcsolatban szignifikáns eredményt nem kaptunk.

A további statisztikai elemzés során a nonkooperativitás tekintetében arra az eredményre jutottunk, hogy sem a direkt nonkooperatív lépések arányában, sem az indirekt nonkooperativitást mutató akciók arányában nincsen szignifikáns különbség a betegpárok és a kontroll párok között. Ezen eredményeim azzal indoklom, hogy a betegcsoport kettébontásával a szuicid alcsoportokban csökkent a mintaelemszám.

6. táblázat

A két beteg és a kontroll csoport összehasonlítása az interakciós stílus tekintetében

| Kódok jelek az interakcióban betöltött szerepük alapján | Kontroll párok | Szuicid férfi és párja | Szuicid nő és párja | F (2;59) |
|---|----------------|------------------------|---------------------|----------|
| Kooperatív direkt | 0.269 | 0.210 | 0.207 | 5,21** |
| Kooperatív indirekt | 0.190 | 0.166 | 0.172 | 2,54+ |
| Akadályozó direkt | 0.149 | 0.154 | 0.152 | 0,08 ns. |
| Akadályozó indirekt | 0.0827 | 0.124 | 0.142 | 5,14** |
| Nonkooperatív direkt | 0.250 | 0.270 | 0.241 | 0,93 ns. |
| Nonkooperatív indirekt | 0.0583 | 0.0760 | 0.0860 | 2,21 ns. |

** $p < 0,01$ * $p < 0,05$ + $p < 0,10$ ns.= nem szignifikáns

Nemre jellemző különbségek a kommunikáció folyamatában

A beteg és kontroll csoportot együttvéve, amikor a nők (feleségek) és a férfiak (férjek) interakciós stílusát hasonlítottuk össze igen érdekes eredményeket kaptunk (lásd 7. táblázat).

A vegyes kétszemponos varianciaanalízisek alkalmazásával nemre jellemző sajátosságokat tudtunk kimutatni a kommunikáció folyamatában. A nők (feleségek) a kommunikációjukban szignifikánsan többször alkalmazták a kongruens egyetértést, függetlenül attól, hogy a kontroll vagy a szuicid kísérletet elkövetők csoportjába tartoztak ($F(1;60)=4,37, p < 0,05$).

A statisztikai elemzés alapján fentebb azt kaptuk, hogy a kommunikációban a zavart kifejező megnyilvánulások vagyis a zavar kódjegyek szignifikánsan nagyobb arányban fordultak elő a szuicid kísérletet végzőknél és házaspárjaiknál, mint a normál kontrollcsoportban (lásd 4. táblázat).

További elemzésünk során ez különösen igaznak bizonyult a betegcsoport nő tagjaira függetlenül attól, hogy a nő vagy a férje kísérelte meg a szuicidiumot ($F(1;60)=6,31, p < 0,05$).

Ezen esetben a varianciaanalízis statisztikai interakcióra mutatott rá, azaz a zavar jegyek megjelenésének a gyakoriságát együttesen befolyásolja/hatja a betegség és a nem. Minthogy a 2. ábrából is leolvasható a nőknél, különösen a betegcsoportban szignifikánsan nagyobb számban fordult elő a zavar jegy, mint a férfiaknál ($F(1;60)=4,51, p < 0,05$).

7. táblázat

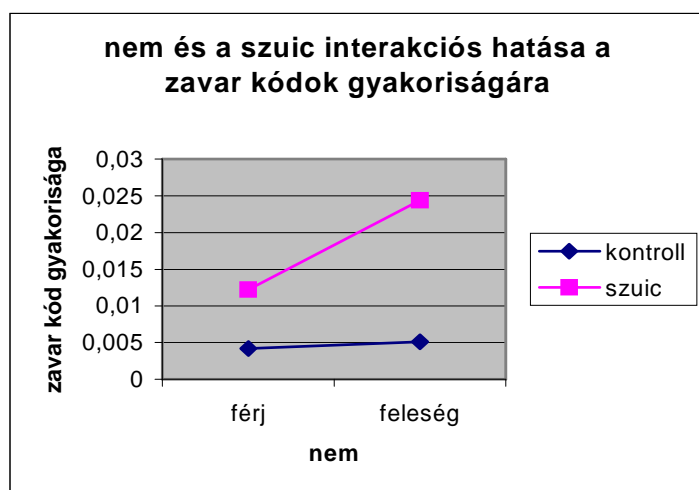
Nemi különbségek a kommunikáció folyamatában (Beteg+Kontroll csoport együtt, nemek szerinti bontásban)

| Kód | Férjek | Feleségek | F (1;60) |
|------------------------|--------|-----------|----------|
| Kongruens egyetértés | 0.101 | 0.124 | 4,37* |
| Zavar | 0.0083 | 0.0151 | 6,31* |
| Záróválasz a saját | 0.0398 | 0.0300 | 5,98* |
| Független válaszájánl. | 0.0912 | 0.0754 | 5,24* |
| Nonkooperatív stílus | 0.346 | 0.304 | 8,92** |

** $p < 0,01$ * $p < 0,05$ + $p < 0,10$ ns.= nem szignifikáns

Statisztikai interakciós jellegzetességek a kommunikációs alku folyamatában

2. ábra

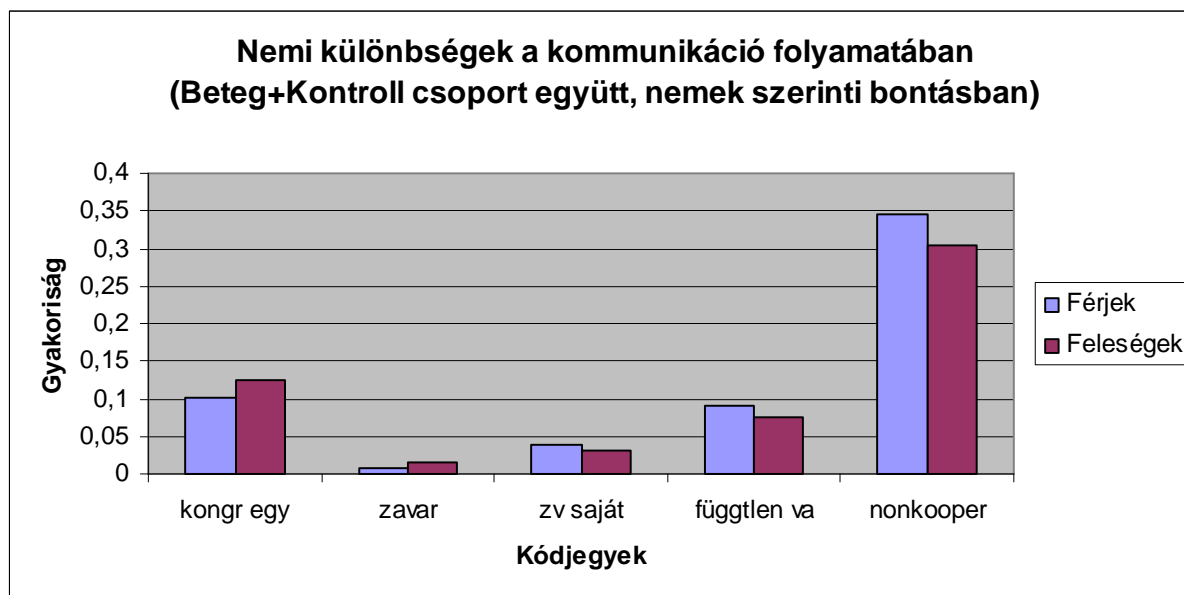


A független válaszájánlások kódjegy tekintetében nem találtunk jelentős különbséget a szuicid csoport és a normál kontroll csoport párhajai között, azonban a további elemzés ezen esetben is nemi különbséget tárt fel. A férjek szignifikánsan több független válaszájánlást adtak, mint a feleségeik, függetlenül attól, hogy a férfi melyik vizsgálati csoportba tartozott, azaz megkísérelte-e a szuicidiumot vagy sem ($F(1;60)=5,24$, $p < 0,05$). A záróválaszok tekintetében is hasonló eredményekre jutottunk. A saját záróválaszok (aki a saját választartalmát/ elképzelését érvényesíti) megjelenésének száma szignifikánsan nagyobb mértékű volt a férfiaknál, ugyancsak függetlenül a szuicid csoportba vagy a normál kontrollhoz való tartozástól, összehasonlítva a feleségeikkel ($F(1;60)=5,98$, $p < 0,05$).

Statisztikai elemzésünk során további nemre jellemző sajátosságokat tártunk fel a kommunikációban akkor, amikor a vizsgálati csoportok Közös Rorschach kódjeleit az interakcióban betöltött szerepük alapján vizsgáltuk. A nonkooperativitás tekintetében igen jelentős nemi különbség tárult fel. A férfiak a beteg és a kontroll csoportban egyaránt szignifikánsan nagyobb arányban alkalmaztak nonkooperatív kommunikációs lépéseket, mint a feleségeik, mint az 7. táblázatban is látható ($F(1;60)=8,92, p<0,01$).

Eredményeinket oszlopdiagramban is megjelenítettük (vö. 3. ábra).

3. ábra



Szintén a beteg és a kontroll csoportot együttevén, nemek szerinti bontásban vizsgálva a kódjelek interakcióban betöltött szerepét az alábbi eredményekre jutottunk (lásd 8. táblázat):

A férfiak kommunikációjában szignifikánsan nagyobb arányban jelentek meg a direkt nonkooperativitást jelző kódok, összehasonlítva a feleségeikkel ($F(1;59)=5,97, p<0,05$). Az indirekt nonkooperatív akciók tekintetében nem kaptunk nemre jellemző szignifikáns különbséget. A fenti eredményekkel összhangban a további statisztikai feldolgozás rámutatott, hogy a férfiak, különös tekintettel a szuicid csoportra szignifikánsan kevesebbszer adtak direkt kooperatív kommunikációs lépéseket, mint feleségeik ($F(1;59)=9,23, p<0,01$). Az indirekt kooperációra vonatkozóan nem volt nemre jellemző különbség. A női nem vonatkozásában azt kaptuk, hogy a feleségek kommunikációjában szignifikánsan nagyobb mértékben

fordultak elő az indirekt akadályozó lépések, mint férjeiknél ($F(1;59)=4,83$, $p < 0,05$). Érdekességként, a direkt akadályozás változóval kapcsolatban nem jutottunk szignifikáns eredményre.

8. táblázat

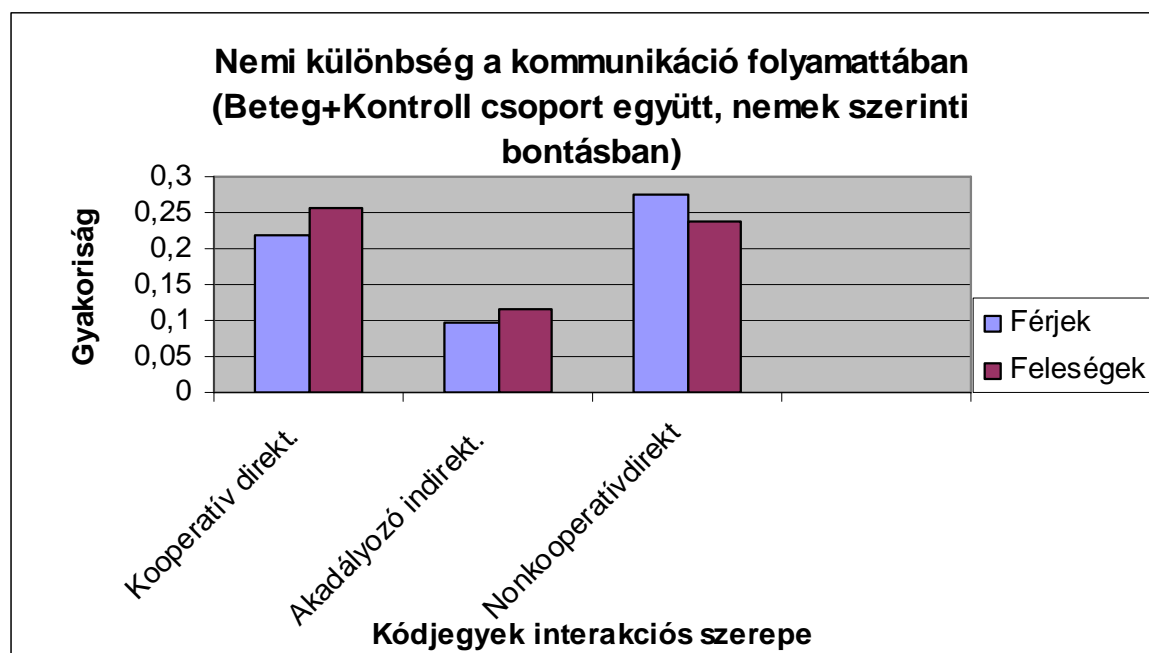
Nemi különbségek a kommunikáció folyamatában (Beteg+Kontroll csoport együtt, nemek szerinti bontásban)

| Kód | Férjek | Feleségek | F (1;59) |
|------------------------|--------|-----------|----------|
| Kooperatív direkt | 0.220 | 0.257 | 9.23** |
| Kooperatív indirekt | 0.177 | 0.179 | 0.01 ns. |
| Akadályozó direkt | 0.160 | 0.143 | 2,12 ns |
| Akadályozó indirekt | 0.0969 | 0.116 | 4.83* |
| Nonkooperatív direkt | 0.274 | 0.239 | 5.97* |
| Nonkooperatív indirekt | 0.0724 | 0.0651 | 1.55 ns. |

** $p < 0,01$ * $p < 0,05$ + $p < 0,10$ ns.= nem szignifikáns

A 8. táblázatba foglalt adatainkat megjelenítettük oszlopdiagramm formájában is (lásd 4.ábra).

4.ábra



A két szuicid csoport interakciós stílusának az összehasonlítása a kontroll csoport kihagyásával:

A.) Eredményeink abban a betegcsoportban, ahol a férj kísérelte meg az öngyilkosságot (lásd 9. táblázat):

Az öngyilkosságot megkísérlő férjek feleségeinél szignifikánsan nagyobb arányban fordultak elő zavar jegyek ($F(1;30)=5,00$, $p<0,05$). Ugyancsak a szuicidiummal próbálkozó férjek feleségei tendenciaszerűen többször értettek kongruensen egyet beteg férjeik válaszával ($F(1;30)=4,11$, $p<0,10$).

A saját záróválaszok pedig tendenciaszerűen többször jelentek meg maguknál a beteg férjeknél, mint feleségeinél ($F(1;30)=3,23$, $p<0,10$).

9. táblázat

Szuicidiumot megkísérlő férjek és feleségeik nemre jellemző kommunikációs jellegzetességei

| Kód | Férjek | Feleségek | F (1;30) |
|----------------------|--------|-----------|----------|
| Zavar | 0.750 | 1.500 | 5.00* |
| Záróválasz a saját | 2.438 | 1.594 | 3.23+ |
| Kongruens egyetértés | 4.781 | 6.313 | 4.11+ |

** $p<0,01$ * $p<0,05$ + $p<0,10$ ns.= nem szignifikáns

B.) Eredményeink a betegcsoportban, ahol a feleség kísérelte meg az öngyilkosságot, a statisztikai elemzés szintén nagyon érdekes eredményeket hozott (lásd 10. táblázat).

Azon esetekben, ahol a nők kísérelték meg az öngyilkosságot, maguknál a beteg feleségeknél szignifikánsan nagyobb arányban jelent meg a nonkooperativitás, mint férjeiknél ($F(1;30)=8,26$, $p<0,01$). Szintén a beteg feleségeknél fordult elő tendenciaszerűen több indító bizonytalanság, szemben férjeikkel ($F(1;30)=3,44$, $p<0,10$).

A szuicidiumot megkísérlő feleségek férjei jelentősen többször szöttek tovább a beteg feleségük által ajánlott válaszokat, mint feleségeik az övéiket ($F(1;30)=5,25$, $p<0,05$).

10. táblázat

Szucidiumot megkísérlő feleségek és férjeik nemre jellemző kommunikációs jellegzetességei

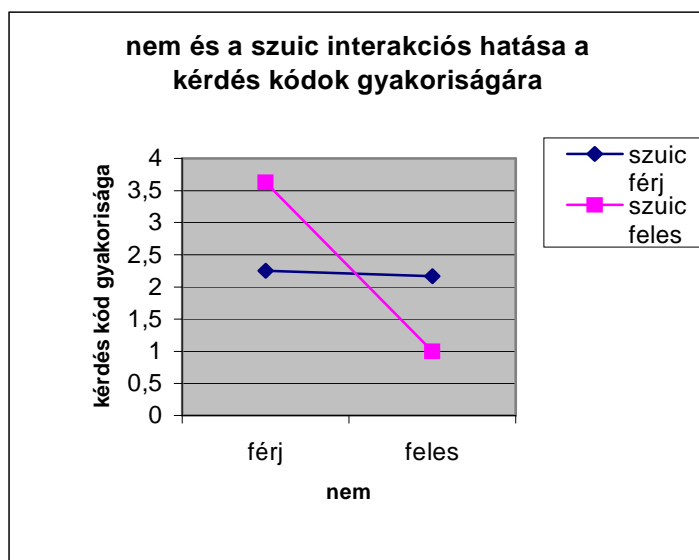
| Kód | Férjek | Feleségek | F (1;30) |
|-----------------------|--------|-----------|----------|
| Indító bizonytalanság | 0.438 | 0.781 | 3.44+ |
| Továbbszövés | 2.688 | 1.750 | 5.25* |
| Nonkooperatív | 16.94 | 23.86 | 8.26** |

** $p < 0,01$ * $p < 0,05$ + $p < 0,10$ ns.= nem szignifikáns

A kérdések száma tekintetében igen érdekes interakciós összefüggést találtunk a szuicid csoport típusa (férfi vs. nő az öngyilkosságot megkísérlő) és a nem (férj vs feleség) között (lásd 5. ábra).

Míg a férfi szuicid csoportban a férj és feleség között semmi jelentős különbséget sem találtunk, addig a női szuicid csoportban azt kaptuk, hogy a férjek többet kérdeztek feleségeiknél ($F(1;30)=5,75$, $p < 0,05$).

5. ábra



A 11. táblázatban a Közös Rorschach Vizsgálat mutatóinak átlagai növekvő sorrendben láthatók (lásd 11. táblázat).

11. táblázat Szuicidiumot megkísérlők és partnereik KRV mutatóinak átlagai

| Változó | Suic férj | Változó | Suic_férj partnere | Változó | Suic feleség | Változó | Suic_fel. partnere |
|---------|-----------|---------|--------------------|---------|--------------|---------|--------------------|
| egyérha | 0,00 | egyérha | 0,00 | egyérha | 0,00 | Egyérha | 0,00 |
| indbíz | 0,00 | dicsére | 0,07 | tiszmag | 0,00 | Indulat | 0,00 |
| dicsére | 0,04 | indbíz | 0,10 | indbíz | 0,00 | Dicsére | 0,00 |
| indkér | 0,08 | döntkép | 0,13 | kritika | 0,00 | Indbíz | 0,00 |
| Kritika | 0,13 | indkér | 0,23 | indulat | 0,13 | Kritika | 0,00 |
| indulat | 0,17 | indulat | 0,27 | indfsTI | 0,13 | Indkér | 0,13 |
| indfsTI | 0,21 | paszbtö | 0,27 | ftldönt | 0,25 | indfsTI | 0,13 |
| felszTI | 0,25 | ftldönt | 0,30 | felszól | 0,25 | Ftldönt | 0,25 |
| felszól | 0,29 | indfsTI | 0,37 | zvközös | 0,38 | Indjav | 0,25 |
| inbizTI | 0,29 | zavar | 0,43 | indkér | 0,38 | Felszól | 0,25 |
| tiszmag | 0,29 | kritika | 0,43 | korrig | 0,38 | felszTI | 0,38 |
| Ftldönt | 0,38 | felszól | 0,47 | dicsére | 0,50 | Zvközös | 0,50 |
| zvközös | 0,42 | indjav | 0,53 | kérdTI | 0,50 | indkTI | 0,50 |
| döntkép | 0,46 | zvközös | 0,57 | felszTI | 0,50 | Bizonyt | 0,63 |
| Zavar | 0,54 | inbizTI | 0,57 | biztlTI | 0,63 | kérdTI | 0,63 |
| indkTI | 0,63 | felszTI | 0,57 | indjav | 0,63 | Tiszmag | 0,75 |
| kérdTI | 0,71 | indkTI | 0,60 | indkTI | 0,63 | Paszbtö | 0,88 |
| Indjav | 0,79 | biztlTI | 1,00 | döntkép | 0,88 | Korrig | 0,88 |
| korrig | 0,88 | bizonyt | 1,03 | inbizTI | 0,88 | BiztlTI | 1,00 |
| biztl | 0,92 | tartind | 1,07 | paszbtö | 1,13 | Döntkép | 1,00 |
| bizonyt | 1,17 | tiszmag | 1,23 | zvAsaj | 1,25 | Kérdés | 1,00 |
| tartind | 1,17 | korrig | 1,40 | bizonyt | 1,38 | Zavar | 1,38 |
| Indzav | 1,25 | Indzav | 1,50 | zavar | 1,38 | inbizTI | 1,38 |
| paszbtö | 1,33 | kérdTI | 1,77 | Indzav | 1,63 | Tagad | 1,50 |
| tagad | 1,38 | zvAmás | 1,90 | tagad | 1,88 | zvAsaj | 1,50 |
| zvAmás | 2,17 | zvAsaj | 2,07 | tartind | 2,63 | Indzav | 1,50 |
| kérdés | 2,25 | tagad | 2,30 | zvAmás | 2,75 | Tovszö | 1,50 |
| tovszö | 2,50 | tmtlver | 2,73 | tmtlver | 3,13 | Tartind | 1,88 |
| zvAsaj | 2,83 | tovszö | 3,10 | tovszö | 3,25 | zvAmás | 2,13 |
| ftlind | 3,83 | ftlind | 4,07 | kérdés | 3,63 | Tmtlver | 3,38 |
| tmtlver | 4,00 | viszsaj | 4,90 | ftlind | 3,75 | Ftlind | 3,38 |
| KongEgy | 4,54 | kérdés | 5,00 | ftlvaj | 4,88 | Viszsaj | 3,38 |
| viszsaj | 5,04 | ftlvaj | 5,03 | viszsaj | 5,00 | Ftlvaj | 5,50 |
| viszmás | 5,54 | viszmás | 7,50 | KongEgy | 5,50 | Viszmás | 5,88 |
| ftlvaj | 6,08 | részlet | 7,80 | viszmás | 5,88 | KongEgy | 6,38 |
| részlet | 9,21 | KongEgy | 8,83 | részlet | 6,75 | Részlet | 8,13 |
| Koop% | 34,77 | Koop% | 40,41 | Koop% | 34,59 | Koop% | 41,24 |
| Akad% | 27,48 | Akad% | 28,20 | Akad% | 31,16 | Akad% | 27,60 |
| Nkoop% | 37,75 | Nkoop% | 31,39 | Nkoop% | 34,25 | Nkoop% | 31,16 |

Magyarázat:

A sárga szín az alacsony, míg a kék szín a gyakrabban előforduló átlagértékeket tünteti fel. A zöld szín a kódjelek interakcióban betöltött gyakoriságok átlagait jelzi.

Statisztikai eredményeink, amikor az öngyilkosságot megkísérelt betegek megküzdési stratégiái összehasonlítottuk a magyar standarddal:

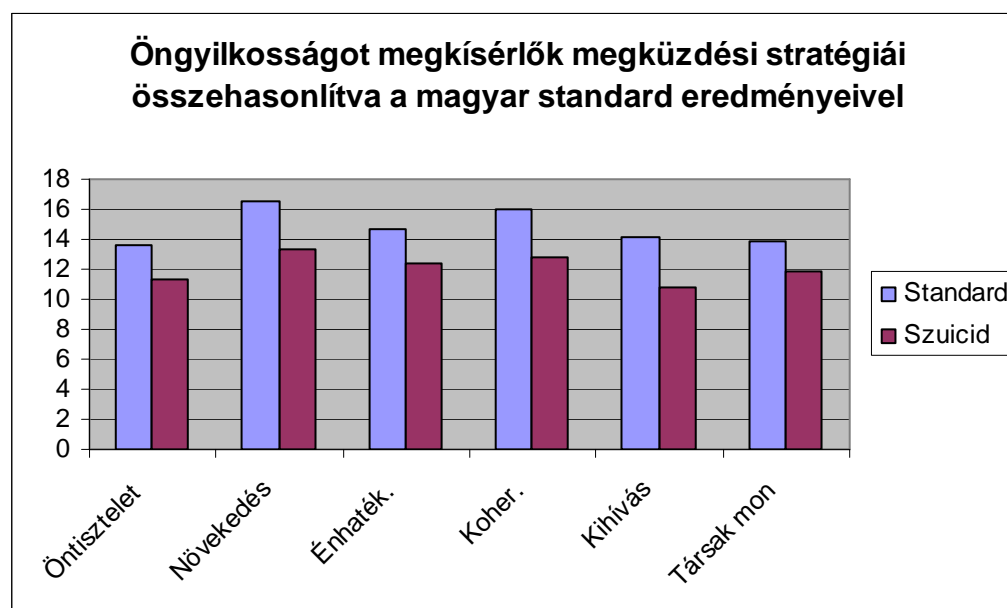
Egymintás t-próbával hasonlítottuk össze betegcsoportjaink átlagát a magyar standard minta átlagaival és minden skála esetében szignifikáns eredményeket kaptunk (lásd 12. táblázat, 6. ábra). A táblázat értékeiből leolvasható, hogy valamennyi megküzdési módban erősen alatta maradnak a betegek az egészségesek megküzdési potenciáljának.

12. táblázat

Öngyilkosságot megkísérelt betegek megküzdési stratégiái összehasonlítva a magyar standarddal

| Dimenzió | Magyar standard | Beteg átlag | Szórás | Szignifikancia |
|--------------------|-----------------|-------------|--------|----------------|
| Öntisztelet | 13,56 | 11,30 | 3,48 | p<0,001 |
| Növekedés érzés | 16,54 | 13,31 | 3,76 | p<0,001 |
| Énhatékony | 14,68 | 12,44 | 2,93 | p<0,001 |
| Koherencia érzés | 16,00 | 12,80 | 3,14 | p<0,001 |
| Kihívás | 14,08 | 10,84 | 2,67 | p<0,001 |
| Társas monitorozás | 13,84 | 11,92 | 3,73 | p<0,01 |

6. ábra



A depresszió súlyossága és a kommunikáció kapcsolatának tekintetében korreláció vizsgálattal az alábbi eredményt kaptuk.

Abban a csoportban, ahol a férj követett el szuicidiumot, pozitív kapcsolat van a depresszió mértéke és a feleség akadályozó kommunikációja között. Adataink alapján úgy tűnt minél depressziósabb a férj annál nagyobb a feleség akadályozó interakcióinak aránya ($r = 0,426$; $p < 0,05$).

VIII. Diszkusszió

Vizsgálatunk célja a szuicidiumot megkísérlő személy és házastársa kommunikációs stílusának jellemzése volt, összehasonlítva a normál kontroll párokkal.

Rendszerszemléleti megközelítésből a kommunikációs folyamat „lekottázása” által betekintést szeretnénk volna nyerni a szuicidiumot megkísérlő és partnere dinamika történéseibe.

Feltételeztük, hogy a kommunikáció elemzése által olyan jelzéseket tudunk azonosítani a páciens és partnere kommunikációjában, amelyek lehetővé teszik a szuicid veszély korai észlelését és megelőzését.

További célunk volt a nemek közti különbség feltárása a kommunikációban, mely úgy véljük, kellő magyarázattal szolgál az öngyilkosság nemi paradoxonára, miszerint az öngyilkossági kísérlet nők körében, míg a halállal végződő, úgynevezett befejezett öngyilkossági kísérlet férfiak körében több.

Célkitűzéseink között szerepelt az öngyilkosságot megkísérlőknél a depresszió súlyosságának felmérése és annak vizsgálata, hogy a depresszió súlyossága mentén találunk-e eltérést a kommunikációs stílusban.

Végezetül kíváncsiak voltunk arra is, hogy a milyen megküzdési mechanizmusokkal jellemezhetők a szuicidiumot megkísérlők, összehasonlítva a magyar standard minta eredményeivel.

A statisztikai elemzés alapján eredményeink nyilvánvalóan alátámasztották a szuicid működés családdinamikai meghatározottságát, összhangban a korszerű szakirodalmi forrásokkal (Beavers és Hampson, 1990, 1996, Johnson és mtsai, 2010).

Amikor a betegcsoport (szuic. és partnere) interakciós stílusát összehasonlítottuk a normál kontroll párokkal az alábbi eredményekhez jutottunk (lásd 4. táblázat):

Az **egészségesek** kommunikációját a feladat megoldására irányuló **direkt, nyílt kooperáció** jellemezte. A direkt kooperáció az alábbi kódjegyekből adódott:

Az egészségesek többször elfogadták, **egyértéttettek** a partnerük által javasolt választartalommal, szemben a betegcsoport párjaival. Gyakori **kérdéseikkel** a partnerükhöz való kapcsolódási igényüket, igazodási szándékukat fejezték ki. **Tisztázó magyarázataik** magas száma azt mutatta, bár törekedtek saját álláspontjaik érvényesítésére, de azt partnerük fegyelmbevételével tették, azaz saját álláspontjukról magyarázatokkal próbálták meggyőzni házastársukat. Az együttműködés indirekt formáival (**indirekt kooperáció**) is sokkal inkább

az **egészséges** kontroll személyek jellemezhetők. A **partner válaszához való visszatérések, tartalmatlan kérdések** nagy gyakorisága az egészségesek igazodási igényét, kapcsolódási készségét, jó együttműködését és szolidaritását fejezte ki. (Megjegyezzük, a tartalmatlan kérdésekben a személyek egymást intencionálják, buzdítják, anélkül, hogy konkrétumra kérdeznének. Pl. ilyenek: „Te hogy látod?, mit gondolsz róla, stb.). Szintén a kontroll pároknál a **felszólítás és a felszólítás /tartalmatlan/** kódok nagyszámú előfordulása azt jelezte, hogy az interakció során figyelembe vették a másik személyét, megszólították egymást akár a felszólítást interakció kezdeményezéseként (pl.) „Kezdd el te!”, „Mondd te!”) akár saját válaszuk megerősítésének (pl.) „Legyen denevér!”) vagy a feladat megoldásának céljával alkalmazták. Elmondható, hogy felszólításnál az birtokolta a kapcsolati kontrollt, azaz vette kézbe a problémahelyzet megoldását, aki a felszólítást alkalmazta, de ezen megnyilvánulás mindenképp a közös akcióra, közös megoldásra való felhívást jelentett. Az egymást felszólítás a betegekre és párjaikra nem volt jellemző.

Összegezve az **egészségesek kooperatívabbak, mind a feladat megoldásának érdekében, mind a kapcsolatukért tett erőfeszítéseikben, szemben a szuicidiumot megkísérlőkkel és házastársaikkal.**

Mindezzel ellentétben elmondható, hogy betegeinknél és partnereiknél sem a feladathelyzet megoldása (KRV), sem a párkapcsolat kérdése nem állt fókuszban, valójában nem jellemezte őket az együttes feladatmegoldás szándéka, illetve kapcsolatukért nem tudtak hatékony erőfeszítést tenni.

Míg az egészséges párok interakcióiban a kooperációs lépések különböző formái igen nagy számban fordultak elő, addig a betegeknél és partnereiknél egyetlen indirekt kooperációt kifejező kód, a partner záróválaszának az elfogadása jelent meg nagy számban. A másik záróválaszának az elfogadása a betegcsoport résztvevőinek az erőtlenségét, behódolását és önalávetését fejezte ki.

Eredményeink alapján **betegeink és házastársaik interakciója** sokkal inkább **akadályozónak** bizonyult, mint az egészséges párok esetében. Nevezetesen, az öngyilkosságot megkísérlők és házastársaik kommunikációjában igen nagy gyakorisággal jelentek meg a **zavar** jegyek, szemben a normál kontroll párokkal. A zavar jegy az öngyilkosságot megkísérlők és partnereik belső feszültségét, a Közös Rorschach feladathelyzetben az interakció folyamatának az elakadását tükrözte, mely megnyilvánulhatott verbálisan (pl.) „Nem tudom mi ez.”, „Fogalmam sincs, teljesen belezavarodtam.”) vagy nonverbális úton (pl.) nevetgélés, hosszú hallgatás vagy feszengés a vizsgálati helyzetben).

Miután a zavar kódjegyek felhalmozódása egyedien a veszélyeztetett csoportot jellemezte, továbbá a zavar köré összpontosuló interakciós szekvenciák jellegét ismerve levonható az a következtetés, hogy a zavar a krízishelyzetben lévő személy indirekt segélykérésének egyik megnyilvánulása és szuicid veszélyt jelző szerepe lehet.

A Közös Rorschach teszhelyzet, a konszenzusra jutás feladathelyzete, azt mutatta, hogy betegeink és házastársaik képtelenek együttműködni a közös álláspont kialakításában, számtalanszor nem tudják megoldani a feladathelyzetet. Ehelyett esetenként inkább passzívan, erőtllenül beletörődtek a partner által javasolt választartalomba, máskor egyszerűen nem tudtak dönteni abban, hogy kinek a választartalmát fogadják el közös válaszként vagy nem adták fel saját válaszukat, állásfoglalásukat egy közös válasz érdekében és döntésképtelenséget produkáltak, nem hoztak létre közös választ.

A veszélyeztetett pároknál a **passzív beletörődések** nagy gyakorisága ráhagyást, erőtlenséget, alárendelődési hajlamot, saját erőforrásba vetett hit hiányát tükrözte, míg a **döntésképtelenség** kódok igen magas száma a helyzet/feladat megoldása során fellépő tehetetlenséget, tanácstalanságot, közös megoldásra való képtelenséget ill. a gondolkodás rigiditását, beszűkülését mutatta.

A zavar, a passzív beletörődés és a döntésképtelenség jelei mind az **indirekt akadályoztatás megnyilvánulásai**, melyek a kapcsolat minőségére engednek következtetni. A Közös Rorschach jegyek **jól tükrözik a szuicidek párkapcsolati dinamikáját, mely feszültségekkel, kielégítetlen vágyakkal teli.**

Bár az akadályozó interakciós stílus betegcsoportjainknál dominált, kis mértékben az egészséges pároknál is megjelent, a korrigálások formájában. A korrigálás azt jelenti, hogy a vizsgálati személy a másik által javasolt tartalmat megkérdőjelezi, de nyíltan azt nem tagadja, tehát a korrigálás ambivalenciát jelez a másik választartalmával kapcsolatban, így akadályozva a konszenzusra jutás folyamatát. Vizsgálatunk rámutatott arra is, hogy a korrigálás nem értékelhető mindig negatív jelzésnek, mert a személyközi kapcsolat erejéről, teherbírásáról is árulkodik. A kontroll pároknál a kapcsolat erős, teherbíró. A burkolt formában megjelenő ellentmondás azt is kifejezi, hogy fontos a másik személye, fontos a kapcsolat.

Betegeink és házastársaik interakcióját az akadályozás mellett a nonkooperativitás is jelentős mértékben jellemezte. A nonkooperativitás indirekt megnyilvánulásaként megjelenő **tartalmatlan verbalizációk** a betegcsoportban azt jelzik, hogy a betegek és párjaik a feladatmegoldás szempontjából tartalmatlan, üresjáratú kommunikációt folytatnak. Nem mindig adnak válaszajánlatokat, ötleteket és kilépve a

feladathelyzetből rossz érzéseiket, belső feszültségeiket vagy kapcsolatuk, helyzetük, életük kilátástalanságát fogalmazzák meg.

A tartalmatlan verbalizáció, mint a nonkooperáció indirekt formája a párkapcsolat azon aspektusát láttatja, melyben az interakciós felek, azaz a **beteg és partnere nem hajlandó elkötelezettséget vállalni egymásért, melyből arra következtethetünk, hogy saját belső problémáik, félelmeik, szorongásaik kötik le pszichés energiájukat.**

Eddigi eredményeinket összefoglalva elmondható, hogy a kontroll (sine morbo) párok kommunikációját, illetve a feladathelyzet megoldását a kooperáció jellemezte, szemben a szuicid párokkal, akiknél az akadályozás és a nonkooperáció dominált (vö. 1. ábra). Eredményeink összhangban vannak azon vizsgálatok eredményeivel, melyek a szuicidiumot megkísérlőknél a kommunikációs nehézségeket, a kommunikáció zavarát hangsúlyozzák (Canetto és mtsai, 1989, Arcel és mtsai, 1992, Levi és mtsai, 2008).

Amikor a kódjeleket az interakcióban betöltött szerepük alapján csoportosítottuk, és úgy hasonlítottuk össze a beteg és a kontroll csoport párait, az alábbi eredményekre jutottunk (vö. 5. táblázat):

Az egészséges párok a problémamegoldási helyzetben együttműködőbbek, jobban kooperálnak a betegcsoport párainál. Korábbi tanulmányok leírták, hogy a családnak, a hozzátartozónak szerepe van a betegség kialakulásában és fenntartásában (Minuchin, 1967, Orbach, 1986, 1988, Koopmans, 1995). Vizsgálatunkban azt feltételeztük, hogy ez a patodinamika a szuicid kísérletet végző és partnere interakciós folyamatában fellelhető. Eredményeink alapján ez a feltevésünk igazolódott, miszerint **a betegek és párjaik közt zajló interakció, sokkal nagyobb mértékben akadályozó és jelentősen nonkooperatív, mint az egészséges párok esetében.** A Közös Rorschach helyzet a konszenzusra jutás feladathelyzete, s mint egy problémahelyzet modellálása, azt jelezte, hogy a betegek és párjaik jóval kevésbé hatékonyak egy-egy ilyen problémahelyzet megoldásában, mint az egészséges párok.

Szintén nem meglepő, hogy **az egészséges párok sokkal nagyobb energiát, belső erőket tudtak mozgósítani a problémamegoldás érdekében, mint a betegek és házastársaik és ez az össz-interakció magasabb számában nyilvánult meg náluk (lásd 5. táblázat).** Ez az eredmény magyarázatul szolgálhat arra, hogy az **egészségesek többet próbálkoznak, így hatékonyabbak lehetnek a közös megoldás kialakításában.**

Ezt támasztja alá az az eredményünk is, hogy a kooperatív interakciókon belül a megegyezésre, a közös javaslatra irányuló **direkt kooperáció jelentősen nagyobb számban**

fordul elő egészségeseknél, mint a szuicidiumot megkísérlőknél és párjuknál. Az egészségesek interakcióikban gyakran az együttműködést facilitáló, a közös döntést közvetlen módon elősegítő lépéseket alkalmaznak.

Mindemellett az interakciók részletesebb elemzésénél, amikor a szuicidiumot megkísérlő neme szerint kettébontottuk a szuicid csoportot, és azt hasonlítottuk össze a kontroll csoporttal (lásd 6. táblázat) arra az eredményre jutottunk, hogy **a betegcsoportoknál szignifikánsan kevesebb direkt** (a problémára irányuló) **kooperáció** folyik **a partnerrel. Úgy tűnik, a direkt, nyílt kooperáció hiánya figyelmeztető jelzés a szuicid veszélyeztetettség szempontjából!** Ez azért is figyelemre méltó eredmény, mert a két betegcsoportunk rizikócsoportnak számít a szuicidium szempontjából, hiszen a szakirodalomból tudjuk, hogy az első öngyilkossági kísérlet után a befejezett öngyilkosságok rizikója 50-100 szorosára megnő, és az is tudjuk, hogy az öngyilkosságban meghaltak 16-42%-ának (átlagosan egyharmadának) már volt legalább egy előző öngyilkossági kísérlete (Rihmer, 2001). Ismert az a tény is, hogy a megelőző szuicid kísérlet az öngyilkosság legerősebb, független prediktorának tekinthető.

Figyelmeztetés számunkra, hogy problémahelyzetben az öngyilkosságot megkísérlők nem kérnek segítséget még a családtagoktól sem, nem konzultálnak másokkal, hanem önmaguk, autonóm módon akarják a helyzetet megoldani. Mindezek alapján úgy véljük, hogy a személyközi interakcióban a direkt, nyílt kooperáció hiánya nemtől függetlenül a szuicid veszélyeztetettség rizikófaktora lehet.

Míg az ún. egészséges (vagy sine morbo) párok interakciójában a kooperációs stílus dominált, addig **betegeinknél és házastársaiknál az akadályozó interakciós stílus uralkodott.**

A statisztikai elemzés alapján kiderült, hogy **amikor a feleség kísérelte meg az öngyilkosságot a feleségek és férjeik között az interakciójában nagyobb mértékben fordul elő akadályozás, szemben azzal a betegcsoporttal, amikor a férj próbálkozott öngyilkossággal, illetve összehasonlítva az ún. kontroll párokkal.** Ez különös jelentőséggel bír, mert az akadályozás nem a feladatmegoldásra irányuló direkt **akadályozás**, hanem **indirekt módon** jelenik meg és a betegek és házastársaik kapcsolati viszonyáról, **személyiségéről árulkodik.** Erről részletesebb képet a szuicidiumot megkísérlő és partnere közti interakció elemzésből kaptunk (lásd alább).

E disszertáció egyik sarkalatos pontja a nemi különbségek feltárása volt a kommunikáció folyamatában, mely eredmények értelmezése által úgy véltük, közelebb jutunk a férfi-női szuicid viselkedés eltérésének megértéséhez. Ezen feltevés eredményeink tükrében úgy tűnik igazolódott.

A nemi különbségek vizsgálatánál egybevettük a beteg és a kontroll csoportokat csak nemük szerint választottuk el őket, az alábbi eredményekre jutottunk a kommunikációs folyamat elemzése során (lásd 7. táblázat):

A vizsgálatban, mind a beteg, mind a kontroll csoportokban résztvevő férfiak és feleségek interakciós stílusának az összehasonlítása során, a statisztikai elemzés alkalmazásával igen érdekes nemre jellemző sajátosságokat tudtunk kimutatni.

A **nők** (feleségek) kommunikációjában nagyobb gyakorisággal jelent meg a **kongruens egyetértés**, függetlenül attól, hogy a nők a kontroll vagy a szuicid kísérletet elkövetők csoportjába tartoztak. Eredményeink alapján arra következtethetünk, hogy a nők problémahelyzetben **fokozott együttműködésük** miatt hatékonyabbnak mondhatók, mint a férfiak. Feltételezésünk szerint a nők **erőteljes kooperációs készsége a női nemi szereppel, a családi összhang fenntartásának érdekében fokozott konszenzus készséggel, a családtagokhoz igazodási, alkalmazkodási szándékkal hozható összefüggésbe**. A további elemzés, egy statisztikai interakció igen érdekes eredményt adott/hozott (2. ábra).

A nőknél, különös tekintettel a betegcsoport nő résztvevőire (függetlenül attól, hogy a feleség vagy a férj kísérelte meg a szuicidiumot) a zavar kódjegyek szignifikánsan nagyobb számban jelentek meg a kommunikációban. A **zavar** olyan kódjel, amely a feleségnek a problémahelyzetben, illetve párkapcsolatban megjelenő zavarát, leblokkolását, elakadását és tehetetlenségét jelzi. A **feleség bizonytalanságát, leblokkolását a női nem fokozott emocionális érzékenységgel, alacsonyabb érzelmi terhelhetőségével hozzuk összefüggésbe, amit a krízishelyzet (a férj betegsége, sőt a férj esetleges elvesztésétől való félelem, ill. a magának a traumatikus helyzetnek a feldolgozatlansága)** felerősíthet. Az önmagában és a helyzetében bizonytalan asszony úgy tűnik, tehetetlen és képtelen támaszt, segítséget nyújtani férjének, így problémahelyzetben magára marad. Ezen eredményünk összhangban van azokkal a tanulmányokkal, melyek hangsúlyozzák azt, hogy a szuicid viselkedés kialakulásában meghatározó tényező, hogy a család nem tölti be támogató, gondoskodó szerepét (Stephens, 1985, Arcel, 1992).

A zavar jegy az interakcióban betöltött szerepe alapján indirekt akadályozó lépés, mely nemcsak a feladathelyzet megoldásának indirekt módon történő akadályozását jelzi,

hanem azt is, hogy a **nők még feladathelyzetben keresztül is leginkább a párkapcsolatra reagálnak, nem tudnak nem „nők” lenni.**

Férfiakkal (férjekkel) kapcsolatban adataink alapján az alábbi jellemzőket kaptuk. A **férjek** kommunikációjukban jelentősen több **független válaszájánlást adtak, és inkább érvényesítették a saját záróválaszaikat**, mint a feleségeik, függetlenül attól, hogy melyik vizsgálati csoportba tartoztak. A független válaszájánlások és a saját záróválasz kódjelek az interakcióban betöltött szerepük alapján direkt nonkooperatív stílusnak minősíthetők, így azt mondhatjuk, hogy a **férjek interakciós stílusa** (mind a beteg párok, mind az egészséges párok esetében) **sokkal inkább jellemezhető direkt nonkooperációval, mint feleségüké.**

A direkt nonkooperatív akciók, nagyobb gyakorisága a férjek kommunikációjában véleményünk szerint két tényezővel hozható összefüggésbe, az egyik tényező a férfi nemi szerep és a vele kapcsolatos elvárások, a másik feleség kritikus helyzetben adott reakciója.

A férfi nonkooperativitást egyrészt a férfi nemi szereppel és a férfiak felé irányuló társadalmi elvárásokkal hoztuk összefüggésbe (pl. azzal az elvárással, hogy a férfi legyen határozott, problémamegoldó). A társadalmi mozgás új férfi szerepbe, új normákba akarta kényszeríteni a férfiakat, ám egy korábbi társadalomban kialakult normák ellenállónak bizonyultak belső konfliktushoz vezetve a férfiaknál. **A társadalmi, illetve a szocializáció útján belsővé tett elvárásoknak való meg nem felelés keltette belső feszültség és frusztráció, mint motiváló tényező kiemelkedő szerepet tölthet be a szuicid viselkedés kialakulásában.** Megállapításunk összhangban van László (1998) azon gondolatával, miszerint az éniidentitás és a szociális identitás távolságának növekedése patológiás jelenség lehet.

Eredményünk alapján egyetértünk Rosenthal (1981) állításával, miszerint a férfiak a kétségeiket, problémáikat direkt módon nem jelzik, mivel úgy vélekednek, hogy környezetük azt „férfiatlannak, megvetésre méltónak” tartaná, még a nők támaszkeresésére a környezet sokkal inkább megengedőnek és elfogadónak bizonyul.

A férjek nonkooperativitását, fokozott autonómiáját előhívó, facilitáló tényező véleményünk szerint a társadalom felől jövő elvárások mellett a feleség viselkedésében keresendő. Úgy gondoljuk, hogy a szuicidiumot megkísérlő férfi feleségéből **a támogató társ elvesztésétől való félelem a bizonytalanságérzés növekedését és fokozott alárendelői igényt vált ki** és mindez összefüggésbe hozható a férj nonkooperativitásával. A feleség alárendelőisége, gyengesége, tehetetlensége társadalmi és nemi szerepénél fogva

autonóm férjben még inkább felerősítheti azt az érzést, hogy **neki kell lépni, dönteni**. Ezt támasztja alá a **szuicidiumot megkísérlő férjek számos saját záróválasza**.

A szakirodalmi adatok alapján jól látható, hogy a kutatók véleménye nem egyértelmű a maszkulinitás öngyilkosságban betöltött szerepéről. Kutatásunk alapján az „ezerarcú maszkulinitásról” ellentétesen vélekedünk, mint Waelde és mtsai (1994), illetve Rudmin és mtsai (2003), akik szerint a maszkulinitás nem tesz vulnerabilissá a szuicidiumra. Saját koncepciónk az, hogy **a maszkulinitás (döntési hajlam, dominancia törekvés) önmagában nem, de szuicidium irányába veszélyeztetett személynél a szuicidium szempontjából valóban veszélyeztethető konstellációt alkothat**. Tehát pozitív anamnézisű férfi betegnél a maszkulinitás nonkooperációt fokozva elősegítheti az öngyilkos magatartás megjelenését.

Eredményeinkhez hasonló eredményt kapott Coats (in. Bagdy, 2004) nők és férfiak kommunikációs jellegzetességeinek vizsgálata során. A nők kommunikációs stílusát „kooperatívnak” nevezte el, melyet hozzánk hasonlóan a női szerepelvárásoknak megfelelő: megértő, elfogadó, kölcsönösségre törekvő női attitűddel hozott összefüggésbe, míg a férfiak kommunikációját „versengő mintázatúnak” nevezte el, mely a szerző álláspontja szerint a maszkulin felülkerekedési hajlamot és a dominancia szándékot tükrözi. Bagdy (2004) a beszédviselkedés kutatásairól szóló átfogó tanulmányában kiemeli, hogy a nő kommunikációjának a vezérelve a kapcsolat fenntartása, az érzelem kifejezése, míg a férfiak kommunikációs stílusában a személyiség hatóereje, az aszertivitás és a dominancia törekvések az uralkodók.

Eddigi eredményeink alapján levonható az a következtetés, hogy **az öngyilkosságot megkísérlők nonkooperatívabbak, mint a sine morbo párok és ez a nonkooperativitás különösen igaznak bizonyult a férfi nemre. A férfiak nonkooperativitása egyrészt a férfi nem alaptermészetéből** (dominanciaigény, felülkerekedési hajlam, maszkulinitás) származtatható, másrészt **a férfiak felé irányuló társadalmi elvárásokkal** hozható összefüggésbe. **A nonkooperativitás, főként a férfiaknál azért veszélyes, mert a kezeléssel való együttműködést csökkenti**, ezzel elősegítve a szuicid viselkedés megjelenését. Ezen megállapításunk úgy véljük, kellő magyarázattal szolgál azon jól ismert jelenségre, hogy miért **nagyobb a férfiak körében a befejezett öngyilkosságok száma**.

A dinamikai elemzés további hozadékai:

A Rorschach táblák tartalom mentén történő elemzése további érdekes eredményeket hozott. Az öngyilkosságot megkísérlő férfiek kommunikációjában szinte törvényszerű, hogy a IX. (teljesítményhelyzeteket előhívó) Rorschach táblára explóziót, agressziót kifejező tartalmat mondanak. Úgy tűnik, a szuicidiumot megkísérlő férfiek/férfiak verbálisan kevésbé, inkább a szimbólumok nyelvén tudják megfogalmazni szuicid készletéseiket, szorongásaikat (pl. tűzhányó, vulkánkitörés, bányarobbanás, atomrobbanás). Úgy véljük, hogy a IX. Rorschach tábla explóziót, agressziót, veszélyt kifejező tartalmait a szuicid veszélyeztetettség felhívó jeleként értelmezhetők. A verbális agresszió önmagában agresszív, impulzív személyiségről árulkodik, akinél az agresszió önmaga ellen is fordulhat. A KRV jegyzőkönyvekben jól látható, hogy a szuicid veszélyeztetett férj az agressziót kifejező válaszait szinte mindig keresztülvitte, érvényesítette döntését, függetlenül döntött anélkül, hogy figyelembe vette volna felesége válaszájainlátait. Így történhet a valóságban is, amikor a veszélyeztetett befelé fordul, senkivel sem kooperál, elszigetelődik, majd végül öngyilkos lesz (1. példa).

1. példa

| IX. Rorschach tábla („D” pár) | |
|--|---|
| Szuicid férfi | Felesége |
| | (Nevet) <i>Indító zavar</i> |
| Megfordítani szabad esetleg ideiglenesen? Hátha más irányból nézve mutat esetleg valamit. (Forgatja) Nekem inkább valamilyen tűzhányószerűségre emlékeztet, alul láva tör fel és oldalt részben kihűlt, azért nem vörös a láva. Ez a talajrész metszetszerű ábrázolása. Alakjára nem jellemző ahogy ábrázolják, de...továbbképelem, amit ide rajzolnának. <i>Indító kérdés tartalmatlan, Tartalmatlan indítás, Független indítás, Részletezés, Tartalmatlan verbalizáció</i> | |
| | Másnak látom, sőt! Felszálló füstgomolyag, atombomba gömb füstje (mutatja), de mintha egy gyökér, elszáradt gyökér lenne inkább. <i>Tagadás Független válaszájnlás 2x, Részletezés 2x</i> |
| Lehet gyökérhez is hasonlítani, leszáradt a teteje. (mutatja) | |

| | |
|---|--|
| Fönt a vastagabb gyökérnek az alsó szára. Akkor már hasonlíthatnám víziállatnak a lábához is a középső részt. <i>Vissza a másik válaszához, Passzív beletörődés, Továbbszövés, Független válaszajánlás, Részletezés</i> | |
| | Gyökérben inkább megegyezünk. <i>Vissza a sajátához</i> |
| Elfogadnám, de inkább tűzhányóra szavazok! Tűzhányóra. <i>Passzív beletörődés</i> <i>Vissza a saját válaszához, Záróválasz a saját Független döntéssel</i> | |

Interakciódinamikai vizsgálatunk során eredményeinkből azt láttuk, hogy a szuicidiumot megkísérlő férfiak nem tudták verbális úton kifejezni vágyaikat, igényeiket, segítségkérésüket, mint a nőbetegeink. Eredményeink összhangban vannak Fekete és Osváth (2000) eredményeivel, miszerint a szuicidiumot megkísérlők többnyire csak „áttételes” módon fogalmazták meg szuicid készítéseiket és nem direkt. A verbalitás terén mutatkozó különbség hátterében feltehetően a nemek közti eltérő agyi lateralizációnak lehet szerepe. Ezen feltevésünk bizonyítását kutatási céljaink között nem tűztük ki, mégis fontosnak véljük azt tudni, hogy depressziósok esetén már több szerző neuropszichológiai, illetve képalkotó eljárások segítségével alátámasztotta, hogy a nemi különbségekből adódó eltérő lateralizáció eltérő kognitív stratégiákat működtet, melynek következtében a nők verbális és a férfiak a non-verbális stratégiáikat helyezik előtérbe (Kimura 1969, Frings és mtsai, 2006, Sárosi, 2009).

A két szuicid csoport interakciós stílusát összehasonlítva a kontroll csoport kihagyásával is kerestük a nemre jellemző sajátosságokat. E téren az alábbi eredményekre jutottunk:

A.) Eredményeink abban a betegcsoportban, ahol a férj kísérelte meg az öngyilkosságot (lásd 9. táblázat):

A betegek csoportjában a feleségek interakciós stílusában az indirekt akadályozás dominált. Ez a szuicidiumot megkísérlő férjek feleségeinél volt a legszembetűnőbb. Mindezek alapján felmerült bennünk az a kérdés, hogy **mitől akadályozóbb az öngyilkosságot megkísérlő férj felesége?** Azt feltételeztük, hogy az **indirekt akadályozás a feleség személyiségvonásaival hozható összefüggésbe**. A részletes statisztikai elemzés feltevésünket igazolta. A feleségeknél igen nagymértékben jelenik meg a **zavar** kódjel, amely a feleségnek a problémahelyzetben megjelenő zavarát, leblokkolását, elakadását és tehetetlenségét jelzi. A **feleség bizonytalanságát, leblokkolását egyrészt a női nem fokozott emocionális érzékenységevel, alacsonyabb érzelmi terhelhetőségével hozzuk összefüggésbe, amit a krízishelyzet (férj esetleges elvesztésétől való félelem, ill. a traumatikus helyzet**

feldolgozatlansága) felerősíthet. Az önmagában és a helyzetében bizonytalan asszony úgy tűnik, tehetetlen és képtelen támaszt, segítséget nyújtani férjének, így problémahelyzetben magára marad.

Másrészt szakirodalmi ismereteink alapján feltételeztük hogy, az öngyilkosságot megkísérlő férfi **feleségének elakadása, zavara saját sérülékenységből, instabilitásából, alacsony önértékeléséből fakadhat.** Amikor a kommunikációs jelek gyakoriságai alapján azt láttuk, hogy az öt első leggyakoribb és az öt legritkábban előforduló kódjel a szuicidiumot megkísérlő férjek és feleségeik esetében, más sorrendben, de azonos (lásd 11. táblázat) feltevésünk statisztikai alapon is bizonyítást nyert. Ezen eredményünk számszerűleg is alátámasztotta azon szerzők állítását, akik szerint nagyfokú hasonlóság van az öngyilkosságot megkísérlő és házastársa lelki karakterisztikumaiban mint pl.) értékrend, attitűd, sérülékenység tekintetében (Arcel és mtsai, 1992, Bakó 2002). Kutatásunk egyben Wolk és Wasserman azon koncepcióját is igazolta, hogy **az öngyilkosságot megkísérlő önmagához hasonló partnert választ, akitől titkon azt reméli, hogy kielégíti igényeit, vágyait, noha erre a „hasonmás” partner képtelen lesz, sőt felerősíti a veszélyeztetett önértékelési válságát, szorongásait és magára hagyja a kritikus helyzetben. Ez a Willi által kollúciónak nevezett jelenség (2. példa).**

2. példa

| V. Rorschach tábla („B” pár) | |
|---|--|
| Szuicid férfi | Felesége |
| (Kézbe veszi a táblát, ingatja a fejét) Szerintem ez valami madár, szemben egymással, nem? <i>Indító zavar</i> <i>Indító javaslat, Részletezés</i> | |
| | (Ránéz a férjére és nagyot sóhajt) <i>Zavar</i> |
| Szerintem két madár. <i>Vissza a saját válaszához</i> | |
| | (átveszi a táblát, csend) <i>Zavar</i> |
| (nevet) Szerinted? <i>Zavar, Kérdés tartalmatlan</i> | |
| | (Sóhajt) Ez két emberpár nagyon lesóványodott, de a szívük az egy. Egy férfi és egy hölgy és itt a szívük. <i>Zavar</i> <i>Független válaszajánlás, Részletezés</i> |
| Szerintem fogadjuk el a nejem válaszát, két ember. | |

| | |
|--|--|
| <i>Vissza a másik válaszához, Kongruens egyetértés Záróválasz a másiké</i> | |
| | Lelkiekben egyformák, egyforma a vázuk, egyforma a soványságuk. <i>Részletezés</i> |

A kollúzióelmélet feltárta, hogy, ilyen párkapcsolati zavar mögött mindkét fél részéről kora gyermekkorban kialakult és fennmaradt „rossz” kapcsolati mintázatok állnak, melyek a későbbi párkapcsolatban kötődési zavarokat és különböző tüneteket okoznak. Nevezetesen, az öngyilkos személy veszélyeztetettsége – mint ezt az elméleti háttérben is kiemeltük – sok esetben a származási családból ered. Fejlődéseméletekből tudjuk, hogy az autonóm személyiség kialakulásának a feltétele a sikeres szeparáció. A rendszerszemléletű megközelítést képviselő szakemberek leírták, hogy a szuicid családok erőteljesen félnek a szeparációtól, így ilyen légkörben növekvő fiatal képtelen lesz leválni és később egy sikeres párkapcsolatot kialakítani, mert a sikertelen szeparáció következményeként fennmaradnak a családban a szimbiotikus kapcsolati formák, és ezen rossz mintázatok szolgálnak modellként egy későbbi párkapcsolatban. A szuicid veszélyeztetett egy önmagához hasonló szimbiotikus kötődésre vágyó partnert keres.

Ezáltal úgy tűnik, hogy nemcsak a partnerkapcsolat, hanem a származási család is mind a beteg, mind partnere esetén diszfunkcionális típusba sorolható. Ha valaki (akár a beteg, akár a partner) alacsony szinten differenciált, éretlen személyekből álló úgynevezett „összemosódott” családból származik, pszichopatológiai veszélyeztetettsége sokkal erősebb (Beavers, 1990, Beavers és Hampson, 1996) és sokkal nagyobb hajlama van arra, hogy hasonló éretlen személyiségű, alacsony szinten differenciált, szimbiotikus kapcsolatra hajlamos partnert választ (Koltai, 2003, Real, 2008). Az összemosódott (enmeshment) családok jellegzetessége az alacsony szintű mentalizációs képesség is, amikor az „én” és a „te” nem határolódnak el, melyből adódóan saját vágyaikat, igényeiket sem tudják megfelelően verbalizálni. Azok, akik kodependens kapcsolatban élnek, ezzel a mentalizációs hiánnyal élik az életüket, és ezáltal párválasztásukat javarészt tudattalan tényezők, szimbiotikus szükségletek kielégítése vezérlik (Willi, 1972, Bagdy, 2002). Kapcsolatukat nem a kölcsönös függés érett mintázata, és az egyezkedés, jó konfliktusmegoldás, hanem inkább a passzív egymásra hagyatkozás jellemzi, minek jellegzetességeit a mi vizsgálati mintánknál is megfigyelhetjük. Ezáltal, noha saját vizsgálatunk nem terjed ki a származási családra, adatainkból indirekt módon igazolható, hogy a vizsgálati személyek az említettekhez hasonló deficitekkel rendelkeznek, részben a származási család hatására.

Egyetértünk Koltai (2003) és Real (2008) azon állításával, miszerint új, jól működő párkapcsolatot nem lehet kialakítani egy régi, hibás mintázat alapján.

Másik érdekes eredményünk az volt, hogy az öngyilkosságot **megkísérló férfiak feleségeinél jóval többször fordult elő a férj válaszával való kongruens egyetértés**, ami a feleség fokozott kooperációs törekvéseiből, fokozott empátiakészségéből és ráhagyásból is származhatott. „Hadd mondja szegény, úgy is beteg, ne mondj ellent neki, mert kiborul és megteszi stb.” hallani sokszor a beteg partnerétől. A ráhagyás azonban nem jó stratégia, mert a betegek szimbólumok útján vagy a feladatmegoldás szempontjából nem célravezető (un., tartalmatlan) verbalizációkkal megfogalmazzák belső rossz érzéseiket, balsejtelmeiket, amire a partner rábólint, vagy egyetért. A Közös Rorschach Vizsgálat során az interakció szekvenciákat követve azt az igen érdekes jelenséget vettük észre, hogy számtalan esetben a veszélyeztetett többségében a szimbolikus formában, némelykor közvetlenül kommunikálva jelezte a közelgő tragédiát, rossz érzéseit, felhívta a problémára, a veszélyre a figyelmet, mire partnere problémát elfedő kommunikációt folytatott. Majd a következő Rorschach táblán azt láttuk, hogy mindez megfordult, a partner jelezte a problémát és ekkor a szuicid veszélyeztetett fedte el (3., 4. példa).

3. példa

| II. Rorschach tábla („A” pár) | |
|---|--|
| Szuic. Férj | Felesége |
| | Olyan, mint egy barlanglyuk, ami föntről lefele mélyül és bele lehet nézni. <i>Független indítás, Részletezés</i> |
| Ahogy elnézem az összes ilyen szimmetrikus lesz? <i>Kérdés tartalmatlan, Tartalmatlan verbalizáció</i> | |
| | Ne foglalkozz vele! (nevet) <i>Zavar</i> |
| Úgy tűnik, mintha odavágtak volna vmi. Fekete meg piros festéket. Hasonlítani semmihez sem hasonlít szerintem. A piros miatt talán egy kicsit véres. Úgy tűnik véres esemény után lenne vagy úgy tűnik azt ábrázolná. Olyan szadista jellegű kicsit vagy horrorisztikus. <i>Tartalmatlan verbalizáció, Bizonytalanság, Független válaszajánlás, Záróválasz saját</i> | |
| | Nem kellemes! <i>Kongruens egyetértés, Zavar</i> |
| Nem is tudom, hogy minek mondjam. Egyáltalán nem kellemes, nagyon kellemetlen az biztos. A fiamnak nem szívesen mutatnám meg az biztos. | |

| | |
|--|--|
| Szadista jellegű. <i>Bizonytalanság tartalmatlan</i> <i>Tartalmatlan verbalizáció</i> <i>Vissza saját</i> | |
| | Egyetértek ezzel. <i>Kongruens egyetértés</i> |

4. példa

| | |
|---|--|
| V. Rorschach tábla („A” pár) | |
| Szuic. Férj | Felesége |
| Hát ez leginkább denevérré hasonlít, meg pillangóra. <i>Független indítás</i> <i>Független válaszajánlás</i> | |
| | Csak a pillangók színesek és vidámak <i>Vissza a másik válaszához</i> <i>Korrigálás</i> |
| Az alakja meg a szárnya (mutatja), lepkénél előfordul az a fecskefarok. <i>Vissza a saját válaszához, Részletezés</i> | |
| | Ez komor vmi., borzasztó! <i>Tartalmatlan verbalizáció, Zavar</i> |
| Farok rész is tisztán...(mutatja) <i>Vissza a saját válaszához</i> | |
| | Nagy madárra gondolok, széles szárnyú (mutatja), de nagyon komor, mint a keselyű, mint a vészmadár. (előrehajol) <i>Független válaszajánlás, Részletezés</i> |
| Erről nekem nem is jut semmi vészes az eszembe. Az eddigiek támadó érzést keltettek bennem, de ez nem. <i>Tagadás,</i> <i>Tartalmatlan verbalizálás</i> | |
| | Denevér <i>Vissza a másik válaszához,</i> <i>Zárválasz a másiké,</i> <i>Kongruens egyetértéssel</i> |

Kutatásunk egyik hangsúlyos pontja, hogy a Közös Rorschach Vizsgálat, mint pszichodiagnosztikai eszköz alkalmazása által a szuicidiumot megkísérlők és házastársaik kommunikációjában detektálni tudtuk a kollúzió jelenségét. Eredményeinket Jürg Willi kollúzió elméletének keretén belül értelmezve úgy véljük **a szuicidium forgatókönyvének egyik kiemelkedő aspektusa a kollúzió, a problémaelfedő játszma a pár tagjai között.** A Közös Rorschach jegyzőkönyvekben azt láttuk, hogy a szuicidiumot megkísérlő és partnere

az összejátszás által azt kommunikálták, a külvilág felé, hogy „minden rendben van, probléma egy szál se”, miközben a háttérben hallgatólagosan elfogadják az öngyilkosságot, mint végső megoldást.

A szuicidiumot megkísérlő férfiakat, a **saját záróválaszok**, az autonómia, az önálló döntés jellemezte, ahogyan az életben is ők teszik meg a végső döntést.

A saját záróválaszt, mint direkt nonkooperatív akciót, melyről fentebb is említettük kimondottan a férfiak, statisztikai adataink alapján főként a szuicidiumot megkísérlő férfiak jellemzője a férfiak alaptermészetével (pl.) maszkulinitás) illetve a korai családi szocializáció és a társadalom által meghatározott nemi-szerep szocializációval hoztuk összefüggésbe (pl.) a férfiasság, függetlenség kimutatása, akár az egészség kockáztatása árán is).

Vizsgálatunkban a kommunikációs folyamat lekottázása által nyomon követhetővé vált, hogyan jut el a krízisben lévő személy az öngyilkossáig. Az interakcióban jól látható, hogy a veszélyeztetettnek és házastársának is gondjaik vannak az érzelmek és impulzusok kezelésével. A bizonytalan pattanásig feszült helyzetben a bennük lévő feszültség kirobban és bármilyen paradox, mégis az aktívabban kommunikáló fél lesz az, aki végső megoldásként tehetetlenségi feszültségében az öngyilkosság eszközével lép ki a patthelyzetből.

B.) Eredmények abban a betegcsoportban, ahol a feleség kísérelte meg az öngyilkosságot, a statisztikai elemzés szintén nagyon érdekes eredményeket hozott (lásd 10. táblázat). Az öngyilkosságot megkísérlő asszonyok már a kommunikációs folyamat indító szakaszában megfogalmazták **bizonytalanságukat**, ami tehetetlenségükről, önalávetésükről árulkodott.

Férjeik kommunikációjában jóval több a **továbbszövést jelent meg**, ami a férj a feleség által felkínált tartalomhoz való kapcsolódását fejezte ki. Úgy tűnik, hogy **az asszony öngyilkossági kísérlete a férjből fokozott figyelmet, odafordulást, gondoskodási szándékot vált ki**. Ugyancsak fokozott együttműködésről, a beteg asszonyhoz való igazodásról árulkodott a férjek kommunikációjában a **kérdések** magas száma. Míg **az öngyilkosságot megkísérlő férjek esetén azt láttuk, hogy a feleség bizonytalansága, gyengesége felerősíti a férj nonkooperativitását, addig azoknál a pároknál, ahol az asszony kísérelte meg a szuicidiumot, a férj esetében fokozott kooperativitást figyelhettünk meg. Itt a beteg asszonyok voltak a nonkooperatívabbak.**

A szuicidiumot megkísérlő férjek és feleségeikhez hasonlóan ezen mintában is mindkét fél hasonló lelki karakterisztikumot mutatott (5. példa).

5. példa

| VIII. Rorschach tábla („C” pár) | |
|--|---|
| Szuic. Nő | Férje |
| | A teljes vég! Az élet megszűnése, élni nem akarás. Ez az öngyilkosság. (Ráteszi a táblára a kezét) <i>Független indítás, Részletezés 2x</i> |
| Tehát véget ér egy élet tulajdonképpen. <i>Továbbsző, Vissza a másik válaszához</i> <i>Kongruens egyetértéssel</i> | |
| | Öngyilkosság. <i>Vissza a saját válaszához,</i> <i>Záróválasz saját, Kongruens egyetértéssel</i> |

Kutatásunk másik sarkalatos pontja, hogy statisztikai módszerekkel igazolni tudtuk azt a magától értetődő megállapítást, hogy a nonkooperativitás az összefügg az öngyilkossággal.

Az öngyilkosságot megkísérlőknél a depresszió súlyosságának felmérése és annak vizsgálata, hogy a depresszió súlyossága mentén találunk-e eltérést a kommunikációs stílusban, szintén célkitűzéseink között szerepelt.

Azt tapasztaltuk, hogy a depresszió súlyosságának mértéke befolyásolja a kommunikáció hatékonyságát. Nevezetesen azt láttuk, az öngyilkosságot megkísérlő férfiak esetén, hogy minél akadályozóbb módon kommunikált a feleség, annál depressziósabb lett a férj (lásd, eredmények rész, 67.old.)

Ezen esetben ugyancsak láthatóvá vált, hogy a szuicidiumot megkísérlők párkapcsolatát diszharmonia jellemzi. A depresszió, és következményeként fellépő öngyilkossági krízis, mint jelenség részben azzal függ össze, hogy az egyén kapcsolata már nem nyújt megfelelő biztonságot az életben, így a depresszió részben provokálja a fájdalmas, öngyilkos gondolatokat, másrészt a párkapcsolatot teszi diszharmonikussá. A párviszony légköre a kapcsolati erőforrások kiemrülésével alapjaiban változik meg és a diszharmonikus kapcsolat pedig a továbbiakban csak eskalálja a helyzetet. Ahogy a kommunikáció elemzéséből láttuk a partner tehetetlensége, akadályoztatása, beleegyezése a veszélyeztetett döntéseibe az öngyilkosságba való hallgatólagos beleegyezését jelenti. Ekkortól már nem házastársi szövetségről, hanem diszfunkcionális, kolluzív, bántalmazó kapcsolatról beszélünk. Az a kapcsolat, amely két ember életében kötőanyag, szövetség volt, továbbiakban károsító, megsemmisítő lett.

Végezetül kíváncsiak voltunk arra, hogy az öngyilkosságot megkísérlő személyek milyen típusú megküzdési stratégiáikat alkalmazzák. Betegeinktől nyert adatokat a magyar standard minta eredményeivel vetettük össze. A statisztikai elemzést követően az alábbi eredményeket kaptuk:

A interakciódinamikai eredményeinkhez hasonlóan szintén **az öngyilkosságot megkísérlőknél a megküzdés kognitív tényezőinek vizsgálatakor jelentős megküzdési deficitet találtunk, összehasonlítva a magyar standard minta adataival. A szuicid csoport (csak a betegek) a coping potenciálok szinte minden dimenziójában alulteljesítettek.** Ezen eredményünk összhangban van számos hazai és külföldi vizsgálat eredményével (Edwards és Holden, 2003, Fekete és mtsai, 2004, Ellis és Lamis, 2007)

Nevezetesen a szuicidiumot megkísérlők az **öntisztelet** dimenzióban szignifikánsan alacsonyabb pontokat értek el, ami azt jelenti, hogy önmagukat leértékelik, addig elért eredményeiket alábecsülik. Hogy kevésbé élik meg személyiségük tapasztalatok hatására történő növekedését, fejlődését, arra utalnak a **növekedés** dimenzióban elért alacsony pontszámok. Nem bíznak önmagukban, nem hisznek abban, hogy képesek feladataik elvégzésére, problémáik hatékony megoldására, erre **én-hatékonyságuk** alacsony szintje utal. A **koherencia** dimenzióban elért alacsony pontok jelzik, hogy életük egészlegességét, értelmét megkérdőjelezzik. A **kihívások** az életükben nem erőpróbát, nem megmérettetést fejeznek ki, hanem újabb terhet, megoldandó feladatot, melyet meg kell oldaniuk. A **társas monitorozás** dimenzió alacsony szintje arra enged következtetni, hogy valószínűleg beszűkült tudatállapotuk miatt nem képesek észlelni a körülöttük lévő segítőforrásokat, illetve nem keresnek, nem kérnek segítséget problémahelyzetük megoldására. Itt saját korábbi kutatásunk alapján (Szili, 2000, Varga és Szili 2002) megjegyezem hogy, a depressziósok hasonló kognitív tulajdonságaikból adódóan egy-két kivétellel hasonló coping dimenziókban teljesítettek alul, mint a jelen vizsgálatunkban az öngyilkosságot megkísérlők. Fontos különbség a depressziósok és az öngyilkosságot megkísérlők között, hogy a depressziósok sikeresebbek a társak monitorozásában, tehát úgy tűnik jobban megtalálják a segítő forrásokat, míg az öngyilkosságot megkísérlők ebben is eredménytelenek.

Eredményeim alapján felmerül az a kérdés, vajon milyen interakciódinamikai út vezet az akut krízistől a depresszió és szuicidium létrejöttéig? Lehet-e kontinuitásban gondolkodni? Az akut kapcsolati krízis talaján kialakult szuicid kísérlettel szemben saját betegek esetében a bizonyított depresszió talaján létrejövő szuicidium sajátos interakciós mintázatával találkozhatunk. Saját korábbi munkánkban (Varga és Szili, 2002) depressziós betegek interperszonális (KRV) dinamikájában figyelhettük meg azokat a szembetűnő jegyeket,

melyeket „önkéntes, önalávető kapcsolati fogsághelyzetnek” neveztünk el. Ezek a KRV jegyek a szuicid betegeinknél is megjelentek, mint jellemzők (több beleegyező döntés, a másik javaslatának önalávető elfogadása, passzív beletörődés és zavar, melyet magas arányú döntésképtelenség kísér). Megjelentek azonban azok a **nárcisztikus kollúzióra** utaló vonások is, amelyekre Bakó Tihamér korábbi hazai vizsgálatai már felhívták a figyelmet.

Bakó (1990) ugyanis elsőként vizsgálta a magyar szuicidológia területén a Közös Rorschach alkalmazásával a szuicid párkapcsolati dinamika jellegzetességeit. Rámutatott arra, hogy a veszélyeztetett független válaszájánlásával autonómiájának ad hangot, melyre a partner a manifeszt kommunikációban egyetértő megerősítéssel reagál (független válaszájánlás - kongruens egyetértés párosa). A partner részéről azonban elbizonytalanítás jelenik meg, a helyzetben való benntartás tendenciájával (bizonytalanság, „vissza saját”, részletezés). A függetlenedési törekvés a veszélyeztetett részéről a partnert elbizonytalanítja, aki indirekt úton törekszik párja kontrollálására. Ezt a jelenséget és dinamikát Bakó egy központi téma: a „ki-kicsoda ebben a kapcsolatban” kölcsönös szándékával hozza összefüggésbe. A szuicid a függetlenség hangsúlyozásával „az élettől is elszakadva” függetlenedik. A felek bizonytalanságából és önálló énként megjelenni kívánó kölcsönös szükségleteiből Bakó szerint a nárcisztikus kollúzió képe bontakozik ki és nyer megerősítést. A veszélyeztetett fél jellemző viselkedésmódjára irányuló KRV vizsgálatában Bakó (2002/a) a partnerrel kialakuló interakció tükrében láttatja a szuicid pár-dinamikát. A szerző Rorschach táblánkénti viselkedéselemzése is rávilágított arra, hogy a szuicid személy és párja azonos személyiségfejlődési sérülésben (nárcisztikus traumatizáltságban) szenved és a hiányzó kölcsönös biztonság és bizalom ígéretére szerződnek. Az intimitás területén az összemosódottság versus elszigetelődés libikókája érvényesül. Mindkét fél „valakivé” (önálló lényé) igyekszik válni, de vágyik a szimbiózis biztonságára is. A nemiség (VI. Rorschach tábla) és az agressziókezelés (VII. Rorschach tábla) területén egymástól kérnek, de nem kapnak segítséget. Az összekapaszkodásból kiszakadó fél lesz a szorongásra ítélt, haragjával önmagát támadó szuicid jelölt/veszélyeztetett. Az intrapszichés eredetű, de interperszonálisan indukált öndestruktív esemény (szuicidium) végül bekövetkezik.

Ha e korábbi megállapításokat egybevetjük saját eredményeinkkel, megállapíthatjuk, hogy a **depressziós háttéren szuicid** (kapcsolati problémákkal küzdő) betegeink küzdőképességük maradék erejével (lásd jelentősen meggyengült pszichológiai immunrendszer) még elegendő verbális aktivitást mutatnak aggályoskodó, akadályozó, indirekt kommunikációs stílusukkal (és a zavar jegyek magasabb arányával!) még megpróbálnak küzdeni, de már inadekvát módon. Azt láttuk, hogy a betegek kerülőutas

illetve, szimbolikus kifejezési szinten egyaránt aktívabbak, mint a nem szuicidáló depressziós betegek, akik már egyáltalán nem (vagy alig) küzdenek, és extrém önálávető passzivitásra, beleegyezésre hajlamosak (Szili, 2002). Láthatóvá vált az is, hogy aki depressziójába szuicid irányba halad, az inkább elzárkózik (nonkooperatív jegyek magas száma) akár a saját betegeink. Ők a közös megoldás keresése helyett a teljesen független, önálló döntést (saját ötlete, mint záróválasz) választják. Ilyen független döntés életükben a szuicidium is.

A beteg férfiak felesége a beteg ötletéhez való csatlakozást próbálja választani, de még ebben is a partner elzárkózásával találkozunk. A szuicidiumot megkísérlő feleségre is a nonkooperativitás, elzárkózás jellemző, holott indító bizonytalanságával jelzi segítségre szorulását. Ehhez a férj kérdésekkel és kapcsolódási próbálkozásokkal kíván illeszkedni. A beteg feleség azonban indirekt módon akadályozó lépéseivel nem teszi lehetővé a segítségadást. A kapcsolat mottója az lehetne: „Adj már segítséget, bajban vagyok” (ezt üzeni a szuicid jelölt depressziós nő). A partnere kapcsolódó kérdéseit azonban aggályoskodó akadékoságú indirekt akadályozó lépésekkel nehezíti, majd elzárkózásba menekül (magas számú nonkooperativitás). Szemben a nem szuicid depressziós betegek önálávető-önfeladó és a partnerrel szimbiózist, kapaszkodó függést kialakító kapcsolati viszonyával (Varga és Szili, 2002). A depresszióból kibontakozó szuicid veszélyeztetettek azt teszik a partner kapcsolatban is, amit a Farberow-i minta tükröz: izolációba, elzárkózásba és reménytelen nonkooperativitásba burkolózva fordítják önmagukkal szembeni feszültségeiket.

A fenti mintázati jellegzetesség, mely a depressziós nem szuicid beteg párkapcsolati működésétől eltér, de nem feleltethető meg teljességgel a Bakó Tihamér hazai vizsgálataiban nyert szuicid interakciós mintázatnak sem, egy folyamat dinamikára hívja fel a figyelmet. Ezt a folyamatdinamikát a **depresszió-szuicidium-kontinuum hipotézisének** nevezem el: szuicid kísérlet, depresszió nélkül (akut krízis)-depresszió szuicid kísérlet nélkül-szuicid kísérlet és depresszió.

Feltevéseim szerint az akut krízisállapotokra jellemző kommunikáció non-depresszív, erőteljesen aktív, a személy a partnerétől segítséget nem kapó destruktív feszültségeit az önpusztító kísérlet „kanalizálja”. Az akut krízisen alapuló szuicidium KRV jegyeit Bakó Tihamér írta le (Bakó, 2002/a/b).

A szuicid kísérlet nélküli depresszió KRV jegyeit saját korábbi munkámban foglaltam össze (Szili, 2002). Ha a beteg nem szuicidál, akkor beszorult, tehetetlenség állapotából kibontakozó depresszió során, a depresszió állapotának bizonyos szintjén (ami individuális mérték) már lemond az autonómiáról és belekapaszkodik a létrehozott szimbiózisba és extrém, gyermeki függésének biztonságígéréte megmentené az autodestruktív indulatok

kanalizálódásától. Bár ambivalenciája fennmarad, már nem öli meg magát, mert szeparációs szorongását feladja a függésbe zárkózás. A kibontakozó, de szuicidium nélküli depresszióban az ambivalens függés, az „eltemetett agresszivitás” fölött a szimbiózissal való kvázi megoldás kompromisszumát láthatjuk. Ennek tiszta KRV interakciós mintázata a beleegyező, autonómia feladó függés, a depressziós beteg szerep (Szili, 2002). Saját depressziós és szuicidiumot megkísérlő betegeinknél ezért találhattuk az autonómia küzdelem mellett a depresszív erőtlenedés és függés (passzív beleegyező KRV jegyeit).

A kontinuum másik végpontján azt látjuk, hogy a depresszió elmélyülése és a hosszú ideje fennálló kapcsolati zavarok krízisfoka a megoldhatatlan (biztonság, bizalom) szükségletkielégítés tehetetlenségi feszültsége az agresszív késztetéseket, haragot öndestrukcióba fordítja, ha a partner „nem segít”. Nem is tudhat segíteni, mert hasonló hiányosságokkal küzd maga is (kollúzió). Súlyos depresszió, a partner válaszána hiánya és a kínzó tehetetlenségi feszültség végső megoldásként a szuicidiumot hozza magával.

A kapcsolati dinamika finom eltérései, melyeket a KRV tükrözni képes, lehetőséget adnak a szuicidium, mint interperszonálisan generált, de intrapszichés gyökerű jelenség mélyebb megértésére.

A megküzdési stratégiákat/dimenziókat három nagy kategóriába sorolva (Megközelítő-Monitorozó rendszer, Önszabályozó, és Mobilizáló-Alkotó rendszer) és eredményeinket ennek alapján értékelve arra jutottunk, hogy az öngyilkosságot **elkövetőknél a Megközelítő-és Monitorozó rendszer és az Önszabályozó rendszer rosszul működik. Előbbi azt jelenti, hogy az öngyilkosságot megkísérlőknél a társak, a segítő források monitorozása és megközelítése nem jól működik, környezetükben nem keresnek és nem kérnek segítséget. Az önszabályozás alacsony szintje azt mutatja, hogy nem tudják megfelelően kontrollálni belső feszültségeiket, uralni érzelmeiket, melyek kontrollálatlanul kiáramolhatnak és szuicid cselekedetek formájában manifesztálódhatnak.** Eredményeink ismeretében egyetértünk Ellis és Lamis (2007) azon megállapításával, hogy az egészségesek és az öngyilkossági gondolatokkal élők eltérő kogníciókkal, eltérő észleletekkel rendelkeznek az öngyilkossági gondolatokkal nem küzdőkhöz. Megállapíthatjuk, hogy a megküzdés kognitív deficitje nagy- mértékben hozzájárul kritikus helyzetben az öngyilkos viselkedés megjelenéséhez, mivel a szuicideknél nem alakul ki kellő pszichológiai immunválasz a stresszhelyzet megoldására, mely megvédené a személyiséget az öngyilkosságtól.

Összefoglalva elmondható, hogy a megküzdési módok kimerülése közvetlen összefüggésben állhat a szuicid krízis bekövetkeztével.

IX. Konklúzió

Kutatómunkám célja, a szuicidiumot megkísérlő, diagnosztizáltan depressziós személyek és házastársaik interakció-dinamikájának feltárása volt a kommunikáció és a megküzdési képességek elemzésén keresztül. A kapcsolatok éltető és vivő eszköze a kommunikáció. Rendszerszemléleti megközelítést alkalmazva a kommunikációs folyamat „lekottázása” által a szuicid párdinamika történéseibe kívántunk betekinteni, ezáltal elősegítve az öngyilkosság komplex jelenségének jobb megértését. A kommunikáció elemzéséhez Jürg Willi svájci pszichiáter és terapeuta által kidolgozott és Bagdy Emőke és mtsai által (1996) hazai viszonyokra standardizált Közös Rorschach Vizsgálatot alkalmaztuk. A Közös Rorschach Vizsgálat során a pároknak mind a tíz Rorschach táblát exponáltuk és táblánként meg kellett egyezniük egy közös válaszban. Mind a verbális, mind a nonverbális megnyilvánulásokat videóra vettük, egyszersmind lejegyeztük. A Közös Rorschach Vizsgálat komplex helyzete nemcsak a vizsgálati személyek feladatmegoldását, konszenzusra jutását, illetve nem jutását, az alku folyamatát tükrözte, hanem jól megjelenítette egymáshoz való viszonyulásukat, a párkapcsolati dinamikát is. A depressziós szuicid betegeknél a lelki megküzdőképesség feltárására a Pszichológiai Immunrendszer Kérdőívet alkalmaztuk.

Hat hipotézist fogalmaztunk meg, azzal a céllal, hogy feltárjuk 1) a szuicid személy és társa feltételezett specifikus kommunikációs stílusát, 2) a szuicid párdinamika sajátos történéseit, 3) a szuicid veszély korai észlelhetőségének jellemzőit, 4) a nemek közötti kommunikációs különbségeket, 5) a depresszió súlyosságának kihatását a kommunikációra, végül 6) a megküzdési stílus (coping) feltételezett különbségeit.

Első lépésben a szuicidiumot megkísérlők és házastársaik (párjaik) interakciós stílusát hasonlítottuk össze sine morbo (kontroll) párok interakciós stílusával. Az alábbi eredményekre jutottunk: Az egészségesek (sine morbo párok) kooperatívabbak, így a feladathelyzet megoldása során eredményesebbek, mint a szuicid párok. A szuicid pároknál a feladat megoldása során az akadályozás és a nonkooperáció dominált. A sine morbo párokat nemcsak jobb feladatmegoldás jellemezte, hanem az interakciós alku folyamán kapcsolatukért is nagyobb erőfeszítéseket tettek, többet dolgoztak, mint a betegek és párjaik. Ez az összinterakció magasabb számában nyilvánult meg. A betegek és házastársaik a feladatmegoldás helyzetében nemcsak házassági konfliktusukat, párkapcsolati zavarukat jelentették meg, hanem intrapszichés problémáikat is, mely interperszonális és intrapszichés problémák együttesen akadályozták őket a hatékony feladatmegoldásban. Erről az

akadályozás, mint jellegzetes interakciós stílus árulkodott. Az akadályozás jellegzetes megnyilvánulási formája a zavar jegyek felszaporodása volt, mely az interakciós folyamat elakadását tükrözte és elővetítette a feladathelyzet kudarcos megoldását is. A zavar reakciók (nevetgélés, hosszú szünet a vizsgálati helyzetben) egyedien a veszélyeztetett csoportot jellemezte. Továbbá a zavar köré összpontosuló interakciós szekvenciák jellegét ismerve levonható az a következtetés, hogy a zavar a krízishelyzetben lévők segélykérésének indirekt megnyilvánulási formája és szuicid veszélyt jelző szerepe is lehet. Eredményeink alapján azt kaptuk, hogy betegeink és párjaik kommunikációját az akadályozás mellett a nonkooperativitás is nagymértékben jellemzi. Nonkooperativitásuk a kommunikációban úgy nyilvánult meg, hogy a feladathelyzetben nem mindig adtak válaszokat, ötleteket, hanem a feladathelyzetből kilépve rossz érzéseiket, belső feszültségeiket vagy élethelyzetük kilátástalanságát fogalmazták meg. Ennek tipikus megnyilvánulási formái a tartalmatlan verbalizációk voltak. Láthatóvá vált, hogy az öngyilkosságot megkísérlők párkapcsolati dinamikája feszültségekkel, szorongásokkal, kielégítetlen vágyakkal teli, nem tudnak a feladat megoldásában hatékonyan együttműködni, nem tudnak kooperálni, mert saját belső problémáik, félelmeik, szorongásaik kötik le pszichés energiájukat, szemben az úgynevezett egészségesekkel, akiknek nincsenek pszichikus zavarai.

Jelen disszertáció egyik sarkalatos pontja a nemi különbségek feltárása volt a kommunikáció folyamatában, mely eredmények értelmezése által úgy véltem, nemcsak hogy közelebb jutunk a férfi-női szuicid viselkedés eltérései megértéséhez, hanem választ kapunk arra a jelenségre is, hogy miért több a férfiaknál a halállal végződő öngyilkossági kísérlet. Eredményeink tükrében úgy tűnik, ezen kérdések megválaszolhatók. A beteg és a kontroll csoportot egybevéve és csak a biológiai nem alapján keresve a nemre jellemző sajátosságokat, megmutatkozott, hogy a nők/feleségek a feladathelyzet megoldása során nemi szerepükből adódóan fokozott konszenzuskészséggel, igazodási, alkalmazkodási szándékkal voltak jellemezhetők.

Érdekesség volt nőknél, különösen a betegcsoport női résztvevőinél (függetlenül attól, hogy a férj vagy a feleség kísérelte meg az öngyilkosságot) a zavar jegyek felszaporodása, amit a női nem fokozott emocionális érzékenységgel, alacsonyabb érzelmi terhelhetőségével hoztunk összefüggésbe. Ezt a krízishelyzet, (pl.) szuicidiumot megkísérlő férj esetén a veszteségtől való félelem) felerősítheti. Az önmagában és a helyzetében bizonytalan asszony úgy tűnik, tehetetlen és képtelen támaszt, segítséget nyújtani férjének, így az problémahelyzetben magára marad. Ez utóbbi észrevétel akkor válik különösen fontossá, ha a férj kíséri meg öngyilkosságot. Eredményeinkben feltűnő volt az is, hogy a nők még tisztán

intellektuális helyzetben is, mint maga a feladathelyzet, leginkább érzelmileg és főként a párkapcsolatra reagáltak, nem tudtak „nem nők” lenni.

Az öngyilkosságot megkísérlők és párjaik tehát nonkooperatívabbak, mint a sine morbo párok, és ez a nonkooperativitás különösen igaznak bizonyult a férfi nemre. A férfiak nonkooperativitása az együttműködés hiánya mellett fokozott autonómiaigényt, dominancia törekvést fejez ki. Úgy véljük, a férjek/férfiak nonkooperativitása két tényezővel hozható összefüggésbe. Az egyik tényező a feleség kritikus helyzetben adott reakciója, a másik a férfi nemi szerep és a társadalom felől jövő elvárások. Nevezetesen a szuicidiumot megkísérlő férfi feleségéből a támogató társ elvesztésétől való félelem a bizonytalanságérzés növekedését és fokozott alárendelődési igényt vált ki. A feleség alárendelődése, gyengesége, tehetetlensége a társadalmi és nemi szerepénél fogva autonóm férjben még inkább felerősítheti azt az érzést, hogy neki kell lépni, dönteni, neki kell meghozni a megoldást. Ezt támasztja alá a szuicidiumot megkísérlő férjek számos önálló záróválasza. Eredményeink alapján megállapíthatjuk, hogy a férfiak nonkooperativitása a nemi jellegből adódó sajátosság is, mely a maszkulinitással is összefügg. A szakirodalom alapján a maszkulinitás öngyilkosságban betöltött szerepe nem egyértelmű. Adataink alapján úgy véljük, a férfiakat jellemző maszkulinitás összefüggésbe hozható az öngyilkos viselkedéssel. Konceptciónk szerint a maszkulinitás (döntési hajlam, dominancia törekvés) önmagában nem, de szuicidium irányába veszélyeztetett személynél a szuicidium szempontjából erősen veszélyeztető konstellációt alkothat. Pozitív anamnézisű férfibetegnél tehát a maszkulinitás nonkooperációt fokozva elősegítheti az öngyilkos magatartás megjelenését. Eddigi eredményeink alapján levonható az a következtetés, hogy az öngyilkosságot megkísérlők nonkooperatívabbak, mint a sine morbo párok és ez a nonkooperativitás különösen igaznak bizonyult a férfi nemre. A férfiak nonkooperativitása egyrészt a férfi nemi viselkedésmintákból (dominancia igény, felülkerekedési hajlam, maszkulinitás) származtatható, másrészt a partner viselkedésével és a férfiak felé irányuló társadalmi elvárásokkal hozható összefüggésbe. A nonkooperativitás, főként a férfiaknál azért veszélyes, mert a kezeléssel való együttműködés esélyét csökkenti, ezzel elősegítve a szuicid viselkedés megjelenését. Úgy véljük, ezen megállapításunk kellő magyarázattal szolgál arra a jól ismert jelenségre, hogy miért nagyobb a férfiak körében a befejezett öngyilkosságok száma.

Az öngyilkosságot megkísérlő neme szerint elemezve, a szuicidiumot megkísérlő férjek/férfiak verbálisan kevésbé, inkább a szimbólumok nyelvén tudták megfogalmazni szuicid késztetéseiket, szorongásaikat (pl. tűzhányó, vulkánkitörés, bányarobbanás, atomrobbanás), szemben a nőbetegekkel. Megállapítható tehát, hogy a verbális közlésekben

megnyilvánuló agresszív, explozív, impulzív és veszélyt kifejező szimbolikus, képszerű, magas feszültségfoku tartalmak a szuicid veszélyeztetettség felhívó jeleiként értelmezhetők. A szuicidium predikciójában ez az eredmény eredményesen felhasználható.

Kutatásunk egyik hangsúlyos pontja, hogy a Közös Rorschach Vizsgálat, mint pszichodiagnosztikai eszköz alkalmazása által a szuicidiumot megkísérlők és házastársaik kommunikációjában bizonyítani tudtuk a kollúzió jelenségét. Eredményeinket Jürg Willi kollúzió elméletének keretén belül értelmezve úgy véljük a szuicidium forgatókönyvének egyik kiemelkedő aspektusa a kollúzió, a partner hasonló rejtett sérülésekkel küzd, így képtelen lesz párjának segíteni és a pár tagjai probléma elfedőjátszmát alakítanak ki. A Közös Rorschach jegyzőkönyvekben azt láttuk, hogy a szuicidiumot megkísérlő és partnere az összejátszás (kollúzió) által azt kommunikálják, a külvilág felé, hogy „minden rendben van”, miközben a háttérben „halálos játszma” folyik, melyben a résztvevők hallgatólagosan, (sajnos) a „mély tudat” érzelmi szintjén elfogadják az öngyilkosságot, mint végső megoldást. Ezt szimbolikus közléstartalmakban kommunikálják, miközben erre tudatos rálátásuk nincs.

Vizsgálatunkban a kommunikációs folyamat „lekottázása” által nyomon követhetővé vált, hogyan jut el a krízisben lévő személy az öngyilkossáig.

Arra a kérdésre is választ kerestünk, hogy a beteg hangulatára hatással van-e párjának kommunikációs stílusa. Számításaink alapján az öngyilkosságot megkísérlő férjek esetén arra az eredményre jutottunk, hogy az erősebben akadályozó kommunikációs stílust alkalmazó feleségek férjeire súlyosabb depresszió volt jellemző a Zung skála alapján.

Célkitűzéseink között szerepelt az öngyilkosságot megkísérlők megküzdési mechanizmusainak a feltárása is. Az öngyilkosságot megkísérlőknél a megküzdés kognitív tényezőinek vizsgálatakor jelentős megküzdési deficitet találtunk, összehasonlítva a magyar standard minta adataival. A szuicid csoport résztvevői a coping potenciálok szinte minden dimenziójában alulteljesítettek. Megállapítható, hogy a megküzdés kognitív deficitje (rosszul működő Megközelítő és Monitorozó rendszer és az Önszabályozó rendszer gyenge működése) nagymértékben hozzájárul kritikus helyzetben az öngyilkos viselkedés megjelenéséhez, mivel a szuicideknél nem alakul ki kellő pszichológiai immunválasz a stresszhelyzet megoldására, mely megvédené a személyiséget az öngyilkosságtól.

Dolgozatunk célja a szuicid párkapcsolati dinamika feltárása, a szuicidium jelenség jobb megértésének szolgálata volt. Úgy véljük, jelen eredményeknek terápiás konzekvenciái is vannak:

Az öngyilkosságot megkísérlők nonkooperativitásából adódóan kiemelt figyelmet igényel a szuicid veszélyeztetettek terápiával, kezeléssel való együttműködésének feltérképezése, illetve a compliance fejlesztése. Ennek érdekében javasolnám a kezeléssel való együttműködést vizsgáló kérdőívek kidolgozását, alkalmazását.

Minthogy a férfiak nemi szerepükénél fogva a befejezett szuicidium szempontjából különösen veszélyeztetettek, ezért az öngyilkosságot megkísérlő férfiak pszichoterápiájában fontos stratégiai lépés az érzelemkifejező és kapcsolatteremtő verbalizációs készség fejlesztése azzal a céllal, meg tudják fogalmazni vágyaikat, érzéseiket, problémáikat, rossz érzéseiket illetve képesek legyenek segítséget kérni.

Mivel az öngyilkosság multikauzális jelenség, így megelőzése, kezelése csak komplex úton történhet. Egyrészt magának a terápiás teamnek is képviselni kell ezt a komplexitást (pszichiáter, pszichológus, mentálhigiénikus, foglalkoztató, ideggondozó szakembereinek a bevonásával), másrészt elengedhetetlen a partner, a család bevonása a terápiába, hiszen eredményeink jól tükrözik a partner hasonló sérüléseit.

A terápia egyik kiemelkedő feladataként kell kitűzni a beteg és partnere közt kialakuló halálos játszmának, a kollúzió felfüggesztését, illetve a belőle fakadó veszélyek tudatosító megértését.

Döntően fontos terápiás lépés az adaptív megküzdési stratégiák kialakítása is.

Végezetül, de nem utolsósorban demográfiai elemzésünkből kiderült, hogy öngyilkosságot megkísérlő betegeinknél, főleg férfiak esetében fontos a szociális-gazdasági háttér megismerése, hiszen a férfiak ezen tényezőket jelölték meg leggyakrabban az öngyilkosság okaként.

Jóllehet disszertációm fókuszában a párkapcsolati dinamika feltárása és a szuicid tentáment elkövetők megküzdési stílusának, kognitív tényezőinek feltérképezése állt, a továbbiakban hasznosnak és ígéretesnek tartható minden olyan további kutatás is, amely a beteg és párja mellett az egész családot teszi a vizsgálat tárgyává.

Mellékletek:

1. melléklet

Kódutasítás a KRV kommunikációs lépések jelöléséhez

Indítások jelei, típusai:

1. **Független indítás:** csak akkor jelöljük, ha az egyik fél az adott táblán első verbális megnyilvánulásaként egy konkrét választartalmat közöl és a párjának szóló megnyilvánulást nem tesz.

2. **Indító javaslat:** akkor jelöljük, ha a közlő fél első verbális megnyilvánulásként konkrét választartalmat ad, és ezt a párnak szóló közléssel kiegészíti.

3. **Indító kérdés:** akkor jelöljük, ha az első verbális megnyilvánulás kérdés jellegű. Ha választartalom ajánlás nem történik, a tartalmatlan. jelet (0) is megadjuk.

P1: első megnyilvánulás: "Te minek láttad?" - indító kérdés, tartalmatlan. "Te is denevért láttál benne?" - Indító kérdés, indítójavaslat.

4. **Indító felszólítás:** ha a közlő fél az első verbális megnyilvánulásban partnerét cselekvésre, válaszadásra kéri, felszólítja, indító felszólítás kódot adunk. A felszólítás vonatkozhat tartalomra, vizsgálati helyzetre, akcióra, feladatra, együttműködésre stb. A jel a felszólítás tárgyától független. Példák: "Fordítsuk meg a táblát!" "Tartsd úgy, hogy én is lássam!" "Mondj te valamit!" "Kezdd el te!"

5. **Indító bizonytalanság:** akkor jelölendő, ha a helyzetre, feladatra, vagy a válaszra vonatkozó bizonytalanság valamilyen verbális kifejezést nyer. Ha a bizonytalanság kifejezése mellett konkrét tartalom is megjelenik, akkor természetesen az "indító javaslat" jelet is meg kell adnunk. Példák: "Fogalmam sincs, mit kezdjünk ezzel!" "Többféle is lehet: lehet ez is, lehet az is." Bizonytalanság és indító javaslat együttes előfordulása: "Lehet ez is, lehet az is, talán sokféle, lehetne például denevér."

6. **Indító zavar:** az első olyan verbális vagy viselkedéses (utóbbi a jegyzőkönyvben zárójelbe írandó) megnyilvánulás, melyben a helyzetre, a feladatra vagy a válaszkeresésre vonatkozó zavar, megütközés fejeződik ki. Példák: "Húha, ez aztán nehéz!", "Rettenetes!", "Csak ezek a pirosak ne lennének!", "Ezzel nem tudok mit kezdeni, jaj ezek a színesek!"

7. **Tartalmatlan indítás:** akkor jelöljük, ha az első verbális megnyilvánulásban (bár milyen is az) nincs konkrét tartalom. Ez egy olyan kiegészítő jel, amely csak más kódjellel együtt szokott előfordulni. Példák: "Na, mi is lehet ez?" - indító kérdés, tartalmatlan.

"Fogalmam sincs, mi lehetne." - tartalmatlan indítás, indító bizonytalanság.

II. Alkutatépek jelei

Az alábbi jeleket csak az indító javaslat vagy független indítás-az első konkrét választartalom Megjelenése- után használjuk.

1. Kérdés: kritériumai megegyeznek az indító kérdés és indító tartalmatlan kérdésével.

Az interakció szakaszában a kérdések gyakran rákérdezés formájában jelennek meg. Pl. "Akkor te azt mondd, hogy ez egy lepke?" (kérdés), "Látod itt a szemét?" (kérdés), "Mit gondolsz még?" (kérdés, tartalmatlan), "Ugye látod, hogy itt meg egész jól kirajzolódik, hogy ez a lepke repül?" (kérdés, továbbszövé.)

2. Tisztázó magyarázat: olyan reakció, amelyet egy adott választartalom érvényességének bizonyítása érdekében tesz az egyik fél, akinek válaszkérdésével a partner korábban nem tudott egyetérteni. A partner például jelzi (leggyakrabban kérdéssel), hogy nem látja, nem érti a javaslatot és erre reagál az egyén. Példa: Férfj: "Szóval ez óriás lenne?" Feleség: "Igen, nézd, ez feltétlenül óriás, alulról látszik, széttett lábakkal, látod, hogyan?"

3. Független válaszájánlás: Minden újabb értelmezési javaslat, tartalom ajánlására adjuk ezt a jelet. Példák: "Ez egy denevér." "Én valami rovarra gondolok itt." Jellemzője, hogy az egyén javaslatot tesz, de ajánlása monológyszerű (mintha önmagának mondaná), a szövegben nem fordul elő személyes névmás, vagy legfeljebb az "én". Nonverbálisan sincs rá utalás, hogy tekintettel lenne partnerére.

4. Részletezés: akkor jelöljük, ha a személy a saját javaslatát közvetlenül ehhez kapcsolódóan vagy a saját javaslatához való visszatérést követően részletezi. Példa: "Ez egy óriás, nagy talpakkal, kicsi fejjel, itt a csizmája, ott a keze."

5. Visszatérés a saját javaslatához: akkor jelöljük, ha az egyik fél saját korábban megtett javaslatához kapcsol vissza, azt ismételt megfogalmazza, vagy újra említi. A visszatérés e típusának kritériuma, hogy a partner tegyen valamilyen kijelentést, mely közbeiktatódik. Példa: Feleség: "n azt mondom, hogy ez egy nemi szerv." Férfj: "Én ezt nem tudom, de lehet, hogy igazad van." Feleség: "Ez egy ilyen nemi szerv." Vissza saját kódot csak azonos táblán belül ismétlődő tartalmakra adunk.

6. Visszatérés a partner javaslatához: Ez a jel a partner válaszához való visszakapcsolódást jelöli. Példa: Feleség: "Ez egy mackó." Férfj: "Szerintem inkább hóember. De lehet mackó." Vagy: Feleség: "Ez egy denevér." Férfj: "Nekem lepke. És hát denevér." A vissza másik jegy

kritériuma a másik fél korábbi javaslatának tényleges kimondása, az utalás tehát nem számít visszatérésnek. Vissza másik kódot csak azonos táblán belül ismétlődő tartalmakra adunk.

7. Továbbbszövés: az egyik fél a másik válaszához kapcsolódva vagy az általa javasolt tartalmat bővíti tovább, vagy azt kiegészíti, vagy hozzátesz egy új részletet. Pl. Férj: "Ez egy kutya." Feleség: "Igen, sőt, pamacs lába van." Férj: "És még a fülei is érdekesek, aranyosak." (Mindkét félnél továbbbszövést jelölünk.) A jegy döntő kritériuma a tartalomra vonatkozó produktív kapcsolódás.

8. Felszólítás: e jeggyel olyan felkérést, felszólítást, indítványt vagy javaslatot jelölünk, amely a partnerhez szól, függetlenül attól, hogy tartalomra, közös akcióra vagy a partner kommunikációjára vonatkozik-e. Amennyiben konkrét javaslat nem hangzik el, a tartalmatlan kiegészítő jelet is hozzáteesszük. Példák: "Mondd el akkor te, hogy látod ezt a denevért." (felszólítás), "Fordítsuk meg a képet!" (felszólítás, tartalmatlan), "Nézd meg így oldalról is!", (felszólítás, tartalmatlan), "Tartsd úgy, hogy én is láthassam!" (felszólítás, tartalmatlan)

9. Korrigálás: akkor jelöljük, ha az egyén a partner által adott javaslat tartalmát pontosítja, helyesbíti. Használjuk akkor is, ha a személy érvényességi feltételeket fogalmaz meg a javaslat tartalmával kapcsolatban. Példák: "Hát lehet elefánt, de csak foltokban.", "Szerintem inkább nagy testű, mint kicsi.", "Ha ezt eltakarom, akkor tényleg lepke.", "Ezek nem lehetnek a lábai, csak a karjai."

10. Kritika: ez a jel abban tér el a korrigálástól, hogy a jelölt közlésben a partner lekicsinylése, becsmérlése, a piszkálódás, bosszantás törekvése és az indulat bizonyos formája is kifejeződik. A partnerek közti feszültség nyilvánul meg az alakjában. Ez a negatív érzés nem a másik értelmezésének, hanem személyének szól. Amennyiben a kritikai megjegyzés a táblára vonatkozik ("Milyen ronda mázsolmányok ezek!"), ezt nem jelölhetjük kritikaként, mert nem a partnerre vonatkozik, itt zavart jelölünk. Példák a kritikára: "Tiszta hülyeség, amiket mondasz." "Hogy te miket beszélsz itt, hiszen ez egy lepke!" "Te megint milyen butaságot mondtál!"

11. Tagadás: akkor jelöljük, ha az egyén elutasító megjegyzése egy válaszjavaslatra vagy a partner viselkedésére vonatkozik. Fontos kritériuma a "ne" vagy "nem" szó előfordulása. A "ne" vagy "nem" automatikus kódolása azonban félrevezető is lehet, ezért a jelölésnél szem előtt kell tartani, hogy valóban elutasító közlésről van-e szó. Példák.: "Nekem ez nem lepke." "Ne mondd már, hogy ez egy gyerekrajz.", "Nem fogadom el a javaslatodat." Olykor a kritika és a tagadás együtt fordul elő, pl. "Nem létezik, hogy ez egy állat, ezt nem mondhatod komolyan."

12. Bizonytalanság: a feladathelyzetre vagy az adott javaslatra, tartalomra vonatkozó bizonytalanság és határozatlanság kifejezése esetén jelöljük (az indító bizonytalansághoz hasonlóan). Például: "Hát én ezt nem tudom megnevezni." "Talán lepke, talán elefánt, nem tudom." "Ez is lehet, az is lehet, sokféle lehet." "Már nem is tudom, mit mondtam erre."

13. Zavar: a feszültség, az elakadás és a zavar verbális, ill. nem verbális megnyilvánulásait jelöljük így (az indító zavarhoz hasonlóan). A zavar esetén a megtorpanásnak, az elakadásnak többféle kifejeződése lehet, pl. nevetés, hosszú hallgatás, feszengés stb. (Az egyéni Rorschachban ez zavarnak, elakadásnak, ütközésnek, Versagennek, sokknak felel meg). A zavar sokszor válaszképtelenséggel jár. Nonverbális jellegű példák a jegyzőkönyvekből: "A v.sz. nevet és hosszan hallgat." "Mosolyog és forgatja a táblát." "Kérdőn a partnerre néz, elvörösödik." Verbális közlések példái: "Teljesen meg vagyok akadva." "Hát ez annyira ronda, hogy nem tudok vele mit kezdeni." "Bele vagyok zavarodva, fogalmam sincs."

14. Dicséret: akkor jelöljük, ha a közlő fél jutalmazza, dicséri a partner válaszát, személyét vagy válaszadási magatartását. Pl. "Nagyon jól mondtál, tényleg tiszta lepke.", "Milyen ügyes vagy, tényleg jól kitaláltad."

15. Tartalmatlan verbalizáció: Olyan esetben jelöljük, ha egy-egy verbális Megnyilvánulásban, nincs konkrét tartalomjavaslat, viszont a mellébeszélés tendenciája, a feladattól való eltérés figyelhető meg. Példák: "Ezek tengelyesen szimmetrikusak, középen összehajthatná őket az ember." "Értelmetlen foltok, pacák." "Színes kép, kiszögellésekkel: "Persze, a pszichológusok használnak ilyesfélét."

16. Indulat: A vizsgálati személy verbálisan vagy nonverbálisan kifejezett, hirtelen haragos magatartása.

A döntés, zárásjelei

Miután az egyezkedés és az alkufázis lezajlott, a partnerek közös döntésre jutnak.

Záróválasznak az adott táblánál mondott legutolsó választartalmat tekintjük.

1. Saját záróválasz: Akkor tesszük ki ezt a jelet, ha a záróválasz az egyén saját válaszjavaslata.

2. Záróválasz a partneré: Az egyén a partner javaslatát mondja záróválaszként. Ezt "kirakati döntésnek" is nevezzük, mert azt a látszatot kelti, mintha az egyén akarata érvényesülne, az ötlet azonban valójában nem az övé.

3. Közös döntés: Közös záróválasz, két tartalomból egy harmadik születik a felek

válaszajánlásainak ötvöződéssel, együttműködéssel.

4. Döntésképtelenség: Ritka jegy. A döntésképtelenséget akkor jelöljük, ha a felek nem tudnak egy közös válaszban megegyezni, s ezt ki is nyilvánítják. Példák: "Ebben mi nem tudunk megegyezni." "Egyiket sem tudjuk mindketten elfogadni." "Nem tudjuk semmihez sem hasonlítani." A saját záróválasz, a záróválasz a partneré és a független döntés jelek a jegyzőkönyvekben csak az egyik fél kommunikációjánál szerepelnek. A másik fél neve mellett általában a döntés elfogadásának milyenségét jelöljük, s ehhez a döntés minőségének jeleit használjuk. Indokolt esetben a döntés minőségének jeleit kiegészítő jegyként a záróválaszt mondó félnél is feltüntethetjük.

IV. A döntés minőségének jelei

1. Kongruens (illeszkedő, összhangot kifejező) egyetértés: a partner által ajánlott döntés tartalmával való fenntartás nélküli egyetértést fejez ki. Példák: "Akkor ebben megegyezünk, hogy ez egy..." "Igen, teljesen jó lesz." "Pont ugyanezt gondolom." Kongruens egyetértéssel való megegyezés előfordulhat döntésképtelenség esetében is, ilyenkor a felek kimondják és vállalják, hogy nem tudnak közös döntésre jutni. Példák: "Akkor megegyezhetünk, hogy nem tudunk egyetérteni." "Igen, így van."

2. Passzív beletörődés: e döntésfogadási forma esetén a személy a partner által ajánlott záróválaszra fenntartással, de megadással és rezignációval reagál. Pl.: "Hát, lehet!" "Jó." (De nonverbálisan jelzi bizonytalanságát, beletörődését.) "Talán igen." "Olyanféle lehet." "Hát igen, esetleg." "Jó, éppenséggel lehet." "Mindegy. Lehet az is, hát, maradhat." "Lehet, hogy neked van igazad, legyen, ha akarod." "Megadom magam."

A passzív beletörődés és a kongruens egyetértés elkülönítése bizonyos esetekben - például az "igen.", vagy a "jó." közlésnél - csak a nonverbális jelzések alapján lehetséges.

Kongruens egyetértést és passzív beletörődést az alkufolyamat közben is szoktunk jelölni a partner javaslatára való reagálásnál; tehát nemcsak a végső döntéshez viszonyulhatnak így a partnerek, hanem a közben elhangzott felvetésekhez is. A döntés többi minősítőjét viszont csak a zárás szakaszában kódoljuk.

3. Egyetértés indulattal, haraggal, extrapunícióval: Az egyén kommunikációja kény-
szerhelyzetre utal, indulattal, rosszallással fogadja a záróválaszt. Gyakran csak a nem verbális jelzések ismeretében adható ez a jegy. Példák: "Hát legyen az, egyetértetek, na!" (haragos, indulatos beszéd), "Ha annyira rám kényszeríted, akkor legyen lepke." "Egye fene, legyen egy kutya.", "Hagyjuk már abba! Mondd ki, hogy bohóc és kész!"

4. Független döntés: A pár egyik tagja saját javaslatát mondja ki zárásként, s eközben

figyelman kívül hagyja partnere véleményét. Ennek a leggyakoribb módja, hogy az egyén elmondja tároválaszát és visszaadja a táblát, anélkül, hogy partnerének hozzászólási lehetőséget biztosítana. A független döntés jelöléséhez nagyon fontos a táblatartás és más nonverbális jelzések regisztrálása.

2. melléklet

A Közös Rorschach jelek jelentése

Az alábbiakban ismertetjük az egyes kódjelek jelentését a kommunikációs folyamat értelmezése szempontjából.

I. Indítások

1. Független indítás: Az egyén elsőként lép, határozott állásfoglalási igénye van, nem igényli társa reagálását,. A független indítás az önszempontúság és a decentralálás hiány jele. Többszöri előfordulása jelzi, hogy az egyén hajlamos figyelman kívül hagyni partnerét.

2. Indító javaslat: a személy együttműködési ajánlatot tesz, alkura, megbeszélésre hívja a másik felet.

3. Indító kérdés: az egyén alárendelődést kínál, a másik fél megerősítését várja, de együttműködési szándékot fejezi ki.

4. Indító felszólítás: ez a jegy helyzetmeghatározó lépés, kifejezője megkívánja, megköveteli a válaszadást a másiktól].

5. Indító bizonytalanság: a saját bizonytalanság és az indirekt alárendelődés kifejezője.

6. Indító zavar (>Y): hangsúlyos bizonytalanságjegy, az egyén szubjektív állásfoglalási képtelenségét és indirekt segélykérését, alárendelődését mutatja meg.

7. Tartalmatlan indítás: Kiegészítő jegy. Az egyén mástól várja a kezdeményezést, előnyt kínál neki. A viszonyt meghatározó akciónak tekintjük.

II. Alkulépések

1. Kérdés: együttműködési szándékra utal. Az egyén mástól várja megoldást, megerősítést. Alárendelődésre, igazodásra, megegyezésre törekszik.

2. Tisztázó magyarázat: a meggyőzési szándékot, a másakra való reagálás igényét, készségét mutatja.

3. Független válaszájánlás: az egyén saját elképzelését alkura bocsátja, javaslatot tesz, indítványoz. Autonómiaigényre, a saját vélemény fontosnak tartására utal.

4. Részletezés: A saját elképzelésnél való önszempontú megtapadás, indirekt meggyőzési

törekvés jele.

5. Visszatérés a saját javaslatához: A saját válaszhoz való ragaszkodást, a személy vélt "igazánál" való megtapadási hajlamát fejezi ki.

6. Visszatérés a partner javaslatához: A partner válaszána ismétlésével az egyén az önálló döntéstől való félelmére, esetleg lépésképtelenségére hívja el a figyelmet. Ennek oka lehet elzárkózás vagy a közös gyengeségek vállalásában kialakított szolidaritás.

7. Továbbszöve: a másikkhoz kapcsolódás, az együtt gondolkodás aktív kifejezése.

8. Felszólítás: az egyén a másiktól megkívánja, hogy fogadja el indítványát. A közös akció hívása, kezdeményezése az egyetértés, megerősítés igényével társul.

9. Korrigálás: az együttműködés ambivalens módja, amelynél a személy a másik fél véleményét, állásfoglalását indirekt módon megkérdőjelezi, de közvetlenül nem mer neki ellentmondani.

10. Kritika: a másik személyének vagy viselkedésének becsmérlése, kompetenciájának kétségbevonása.

11. Tagadás: Az egyet nem értés közvetlen kinyilvánítása A másik fél álláspontjának nyílt elutasítása.

12. Bizonytalanság: Az indirekt alárendelődés igénye, tehetetlenség.

13. Zavar: Igen erős bizonytalanságot, akcióképtelenséget, indirekt segélykérést, alárendelődést, feszültségcsökkentést árul el.

14. Dicséret: Együttműködést elősegítő nyílt, pozitív akciónak tekintjük.

15. Tartalmatlan verbalizáció: Személytelen magatartás, kifejezi, hogy a személy nem vállalja az elkötelezettséget, hajlamos a mellébeszélésre.

16. Indulat: a feladat- és döntési helyzet által kiváltott agresszív feszültség jele. A felülkerekedési szükségletet, a versengést, aszociális penetrancia gyengeségét és az emiatti tehetetlen haragot kommunikálja.

III. A döntés, zárás jelei (zv = záróválasz)

1. Saját záróválasz: jelzi az autonóm, esetleg önszempontú, saját elképzeléseihez ragaszkodó, alkura és engedményre nem hajlandó, akaratát érvényesítő, véleményét jól képviselő személyt.

2. Záróválasz a partneré : A jegy igazodást, alárendelődést tükröz, kifejezi, hogy a kapcsolat biztonsága fontosabb, mint a saját vélemény érvényesülése.

3. Közös döntés: A közös, "összegyúrt" válasz az elképzelhető legszorosabb konstruktív együttműködési mód.

4. Döntésképtelenség: a felek nem tudnak megállapodni, tanácstalanok. Annak kifejezése, hogy nincs esély a közös, konstruktív akcióra.

IV. A döntés minőségének jelei (a lezáró jellel együttesen)

1. Kongruens egyetértés: egyenrangú felek jó együttműködését tükröző döntés. A partnerek kooperációra törekednek, fontos számukra a másikkal való igazodás.

2. Passzív beletörődés: az egyén erőtlenül képviseli a válasszal szembeni fenntartását. Az alárendelődési hajlamot, a döntés felelősségétől való félelmet, a saját erőforrásokba vetett bizalom hiányát jelzi.

3. Egyetértés haraggal, indulattal: Az egyén döntési kompetenciáját nem tudja érvérvényesíteni, és tehetetlensége miatti haragját kifejezésre is juttatja.

4. Független döntés: önszempontú, egyéni döntés a másik fél figyelembe vétele nélkül. A személy számára fontosabb az "igazság" érvényesítése, a siker, mint a kapcsolat.

3. melléklet

| Összesítő táblázat a Közös Rorschach kiértékeléséhez | | | | | |
|--|----------------------------|--------------------|---|----------------------|---|
| Jelek | | Gyakoriság (férfi) | | Gyakoriság (feleség) | |
| | | szám | % | szám | % |
| KOOPERATÍV DIREKT | Indító kérdés | | | | |
| | Kérdés | | | | |
| | Indító javaslat | | | | |
| | Továbbszöveg | | | | |
| | Tisztázó magyarázat | | | | |
| | Dicséret | | | | |
| | Kongruens egyetértés | | | | |
| | Közös döntés | | | | |
| KOOPERATÍV INDIREKT | Vissza másik | | | | |
| | Záróválasz a másiké | | | | |
| | Tartalmatlan kérdés | | | | |
| | Indító felszólítás | | | | |
| | Felszólítás | | | | |
| | Indító kérdés-tartalmatlan | | | | |
| AKADÁLYOZÓ DIREKT | Tagadás | | | | |
| | Indulat | | | | |
| | Kritika | | | | |
| | Részletezés | | | | |
| | Egyetértés haraggal | | | | |
| AKADÁLYOZÓ INDIREKT | Indító bizonytalanság | | | | |
| | Indító zavar | | | | |
| | Bizonytalanság | | | | |
| | Zavar | | | | |
| | Korrigálás | | | | |
| | Passzív beletörődés | | | | |
| | Döntésképtelenség | | | | |
| NONKOOPERATÍV DIREKT | Független indítás | | | | |
| | Független Válaszajánlás | | | | |
| | Független döntés | | | | |
| | Vissza saját | | | | |
| | Saját záróválasz | | | | |
| NONKOOPERATÍV INDIREKT | Tartalmatlan verbalizáció | | | | |
| Σ | Σ Kooperatív | | | | |
| | Σ Akadályozó | | | | |
| | Σ Nonkooperatív | | | | |
| | Σ Interakció | | | | |

4. melléklet

ZUNG - depresszió kérdőív

Önértékelő kérdőív - a Beteg tölti ki

Az alábbiakban 20 állítást soroltunk fel. Kérjük, olvassa el figyelmesen, és válassza ki, hogy az állítások mennyire jellemzik múlt heti közérzetét.

| | Állítás | Soha, vagy nagyon ritkán | Ritkán | Gyakran | Mindig, vagy nagyon gyakran |
|-----|---|-----------------------------------|--------|---------|--------------------------------------|
| 1. | Lehangolt és csüggedt vagyok. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. | A hangulatom reggelenként a legjobb. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3. | Könnyen elsírom magam, vagy fojtogat a sírás. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. | Éjszakánként nyugtalanul alszom, vagy felébredek. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. | Az étvágyam olyan, mint azelőtt. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 6. | Örömet jelent számomra a nemi élet. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 7. | Úgy veszem észre, hogy fogytam. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. | Székrekedésem szokott lenni. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. | Heves szívdobogásaim vannak. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. | Ok nélkül is hamar elfáradok. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. | Tisztán és logikusan szoktam gondolkodni. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 12. | Könnyen és gyorsan teszem meg a szokásos feladataimat. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 13. | Idegess vagyok és nyugtalan. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. | Bizakodva gondolok a jövőre. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 15. | Úgy érzem, nagyon érzékeny ember vagyok. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. | Gyorsan, könnyen tudok határozni, dönteni. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 17. | Érzem, hogy szükség van rám, másoknak hasznára vagyok. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 18. | Úgy érzem, életem gazdag, mozgalmas. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 19. | Úgy érzem, másoknak is jobb lenne, ha már nem lennék. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. | Kedvem lelem azokban a dolgokban, amelyekben korábban is. | 4 | 3 | 2 | 1 |

| Értékelés | |
|-----------|-------------|
| ≤40 | normál |
| 41 - 47 | enyhe |
| 48 - 55 | középsúlyos |
| ≥ 56 | súlyos |

5. melléklet

Pszichológiai Immunrendszer Kérdőív (PIK)

Ez a kérdőív 80 állítást tartalmaz, amelyek az emberek jellemző tulajdonságait és életfelfogását írják le. Kérem, olvassa el az egyes állításokat és jelölje meg választát az alábbiak szerint: ha úgy gondolja, hogy az állítás teljes mértékben jellemző Önre, akkor a 4-est karikázza be. Ha az állítás majdnem jellemzi Önt, akkor a 3-ast karikázza be.

Ha az állítás kicsit jellemző Önre, a 2-est, ha egyáltalán nem jellemző, akkor az 1-est karikázza be. Kérjük, minden kérdésre válaszoljon, nincsenek helyes, vagy helytelen megoldások. Válaszoljon úgy, hogy az Önt legpontosabban jellemző képet tükrözzék válaszai. Együttműködését köszönjük!

| | |
|--|---------|
| 1. Akik ismernek, optimistának tartanak | 1 2 3 4 |
| 2. Tapasztalatim szerint a siker jó tervezés eredménye | 1 2 3 4 |
| 3. Akár a múltamat vizsgálom, akár a jövőmről elmélkedem, úgy érzem, én érdemelt életet élek. | 1 2 3 4 |
| 4. Nagyon örülök magamnak és annak, amit az életben elértem | 1 2 3 4 |
| 5. Úgy érzem, hogy egyre kevésbé vagyok hatékony | 1 2 3 4 |
| 6. Nem kedvelem különösebben az új és váratlan helyzeteket | 1 2 3 4 |
| 7. Nagyon jól „olvasok” mások gondolataiban és indítékaiban | 1 2 3 4 |
| 8. Találékonyabb vagyok másoknál | 1 2 3 4 |
| 9. Gyakran tudom, mit kellene tennem, de egyáltalán nincs meg bennem a képesség arra, hogy meg is tegyem | 1 2 3 4 |
| 10. Általában tudok találni olyasvalakit, aki segít megoldani a problémáimat, ha szükségem van rá | 1 2 3 4 |
| 11. Úgy gondolom, hogy vezetőerő vagyok abban, hogy másokkal együttműködve alakítsam, befolyásoljam mindazt, ami velünk történik | 1 2 3 4 |
| 12. Gyakran megesik, hogy fizikailag jelen vagyok, de a gondolataim máshol járnak. | 1 2 3 4 |
| 13. Mégha egy munka nehéz is, vagy problémába ütközöm, akkor is tovább dolgozom, míg be nem fejezem | 1 2 3 4 |
| 14. Olyan ember vagyok, aki azonnal kimondja, ami az eszébe jut | 1 2 3 4 |
| 15. Gyakran vagyok ideges | 1 2 3 4 |
| 16. Elveszítem a nyugalmamat, ha valaki félbeszakít, mikor valami fontos dologra koncentrálok | 1 2 3 4 |
| 17. Meg vagyok győződve arról, hogy a körülöttem zajló dolgok többsége időben jóra fordul | 1 2 3 4 |
| 18. Biztos vagyok benne, hogy minden, ami velem történik, jobban függ tőlem, mint a sorstól, vagy a szerencsétlen körülményektől | 1 2 3 4 |
| 19. Olyan érzésem van, hogy sok dolog, ami velem történik az zavaros és nem is tudom, miért mennek úgy a dolgok, ahogy mennek | 1 2 3 4 |
| 20. Erős az önbecsülésem és vannak olyan értékeim, amikért érdemes harcolnom | 1 2 3 4 |
| 21. Azt gondolom, hogy az életem különböző területein egyre sikeresebbé válok | 1 2 3 4 |
| 22. Nyitott vagyok az élet változásaira, úgy hiszem, ezek új és érdekes lehetőségeket adnak nekem | 1 2 3 4 |
| 23. Úgy tekintem magam, mint aki nagyon jól ítél meg másokat | 1 2 3 4 |
| 24. Még ha nyomás alatt állok is, nagyon jól tudok alternatív megoldásokat találni | 1 2 3 4 |

| | |
|---|---------|
| egy problémára | |
| 25. Az az érzés adja az egyik legnagyobb erőt számomra az élet nehézségeivel való küzdelemben, hogy amit el akartam érni, a legtöbb esetben sikerült is | 1 2 3 4 |
| 26. Mikor olyan helyzetben voltam, hogy volt valami problémám, megtaláltam a megfelelő embert aki segített | 1 2 3 4 |
| 27. Gyakran vannak olyan ötleteim, amelyekhez mások eredményesen tudnak kapcsolódni és továbbgondolkodásra készíti őket | 1 2 3 4 |
| 28. Gyakran veszem észre magamon, hogy saját világomban vagyok, távol attól, ami körülöttem történik | 1 2 3 4 |
| 29. Ha valamit elkezdek, azt be is fejezem | 1 2 3 4 |
| 30. Anélkül, hogy az indulat elragadna, tudok hallgatni az érzéseimre | 1 2 3 4 |
| 31. Könnyen felidegesít, ha hibázom | 1 2 3 4 |
| 32. Könnyen válok türelmetlenné | 1 2 3 4 |
| 33. Még ha nehéz helyzetbe kerülök is, teljesen meg vagyok győződve róla, hogy végül minden jóra fordul | 1 2 3 4 |
| 34. Sohasem bírom abban, hogy a sors, vagy a szerencse megoldja a problémámat | 1 2 3 4 |
| 35. Ha az életemet nézem, úgy látom, hogy az értelmes és következetesen alakul | 1 2 3 4 |
| 36. Függetlenül attól, hogy mások mit gondolnak rólam, én nagyon tiszteltem magam azért, amit eddig elértem | 1 2 3 4 |
| 37. A múlt évben személyiségem egyáltalán nem úgy változott, ahogy szerettem volna | 1 2 3 4 |
| 38. A váratlan dolgokat az életemben úgy tekintem, mint izgalmas kihívást és fenntartom a fejlődés lehetőségét | 1 2 3 4 |
| 39. Gyakran jók a megsejtéseim arról, hogy hogyan gondolkoznak és éreznek az emberek | 1 2 3 4 |
| 40. Mások szerint jó problémamegoldó vagyok | 1 2 3 4 |
| 41. Sikeresen el tudom érni a magam elé tűzött célokat | 1 2 3 4 |
| 42. Ha segítségre van szükségem, nem esik nehezemre, hogy másoktól kérjek támogatást, mégha nem is ismerem őket, akkor is | 1 2 3 4 |
| 43. Úgyesen rá tudom venni az embereket arra, hogy új és eredeti ötletekkel álljanak elő | 1 2 3 4 |
| 44. Az utóbbi időben úgy érzem, nem tudok lépést tartani azzal, ami körülöttem zajlik | 1 2 3 4 |
| 45. Ha a dolgok nem a terv szerint mennek, hamar feladom | 1 2 3 4 |
| 46. Gyakran teszek meg dolgokat, amiket aztán megbánok | 1 2 3 4 |
| 47. Még apró problémák is szoktak aggasztani | 1 2 3 4 |
| 48. Ritkán vagyok ingerült | 1 2 3 4 |
| 49. Jó érzésekkel gondolok a jövőmre | 1 2 3 4 |
| 50. A sikerélményeimet kemény munkámnak köszönhetem, nem a szerencsés körülményeknek | 1 2 3 4 |
| 51. Ritkán tapasztalom azt, hogy bármi is értelmet adna mindennapjaimnak | 1 2 3 4 |
| 52. Úgy látom magam, mint akinek komoly belső erőforrásai vannak ahhoz, hogy sikeres legyen | 1 2 3 4 |
| 53. Sok helyzet volt már, mikor kétségbe vontam, hogy mint ember fejlődni tudok | 1 2 3 4 |
| 54. Általában keresem az új kihívásokat | 1 2 3 4 |
| 55. Gyakran tudom, mint fognak mondani az emberek, még mielőtt megszólálnának | 1 2 3 4 |
| 56. Jó vagyok az olyan munkában, ahol új és eredeti ötletek kellenek | 1 2 3 4 |
| 57. Korábbi tapasztalatimból tudom, hogy a legtöbb dologban, amit csinálok, biztos vagyok | 1 2 3 4 |

| | |
|--|---------|
| 58. Ismerőseim között sok olyan van, akire biztosan támaszkodhatok | 1 2 3 4 |
| 59. Csoporthelyzetben gyakran mondják az emberek, hogy serkentik őket a gondolataim | 1 2 3 4 |
| 60. Gyakran van olyan érzésem, hogy a világ csak úgy elmegy mellettem | 1 2 3 4 |
| 61. Ha a dolgok nem a terv szerint mennek, könnyen elmegy a kedvem attól, hogy folytassam őket | 1 2 3 4 |
| 62. Jellemző rám az, hogy először beszélek, azután gondolkodom | 1 2 3 4 |
| 63. Érzékeny vagyok a kritikára | 1 2 3 4 |
| 64. Ha eldöntöttem valamit és az nem úgy megy, ahogy szeretném, dühös leszek | 1 2 3 4 |
| 65. Olyan ember vagyok, aki nagyon derűlátóan tekint az éltre | 1 2 3 4 |
| 66. A fontos dolgok többségét, amelyek velem történnek, előre kell látni és ellenőrizni tudom | 1 2 3 4 |
| 67. Úgy érzem, az életből hiányoznak a világosan megfogalmazott célok | 1 2 3 4 |
| 68. Büszke vagyok magamra, mikor arra gondolok, milyen ember is lett belőlem | 1 2 3 4 |
| 69. Más emberek úgy tűnik, változnak, magamról úgy érzem, körbe-körbe járok | 1 2 3 4 |
| 70. Még a váratlan helyzeteket is úgy veszem, hogy azok izgalmas kihívások számomra | 1 2 3 4 |
| 71. Gyakran fel tudom fedezni, milyen szerepet játszanak az emberek egy csoportban, még akkor is, ha ez előttük rejtve marad | 1 2 3 4 |
| 72. Szokatlanul nagy tehetségem van hozzá, hogy többféle megoldást találjak, ha kell, ha problémákkal találkozom | 1 2 3 4 |
| 73. Ha megoldást látok egy problémára, biztos vagyok benne, hogy meg tudom tenni, amit kell | 1 2 3 4 |
| 74. Nem haboznék, hogy különböző embereket hívjak fel tanácsért valamilyen személyes problémám érdekében | 1 2 3 4 |
| 75. Csoportban dolgozva gyakran fontosak a gondolataim | 1 2 3 4 |
| 76. Gyakran zavarnak a múlttal és a jövővel kapcsolatos gondolatok | 1 2 3 4 |
| 77. Gyakran kezdtem új terv megvalósításához, még mielőtt a korábbi befejeztem volna | 1 2 3 4 |
| 78. Bárcsak ne volnék ilyen hirtelen természetű | 1 2 3 4 |
| 79. Könnyen lehangol, ha kellemetlen dolgokkal találkozom | 1 2 3 4 |
| 80. Én nem vagyok az az ember, aki könnyen elveszíti a nyugalját | 1 2 3 4 |

6. melléklet

BELEEGYEZÉSI NYILATKOZAT

Alulírottak vállaljuk, hogy a Közös Rorschach Vizsgálatban részt veszünk. Önkéntesen vállaljuk a kutatásban használt kérdőívsomag kitöltését és a strukturált interakciós helyzetben való részvételünket. A kutatás célja a betegek életminőségének javítása.

A kapott tájékoztatás alapján elfogadjuk, hogy az általunk nyújtott felvételi anyag **kizárólag kutatás és oktatás céljaira** használható fel, személyünk anonim marad, vizsgálati adataink pedig statisztikai elemzés tárgyát képezik.

Győr,

.....
résztevő

.....
résztevő

A feltételek teljesítését szavatom:

.....
vizsgálatvezető

A szerző publikációi a témában:

Szili I: Depressziós betegek és családtagjaik interperszonális kapcsolati stílusának összefüggése megküzdési stratégiáikkal. Psych. Hung. 2000.15.(2): 560-565

Rihmer Z, Pestality P, **Szili I**, Belső N: Az enyhe és közép súlyos depresszió kezelésének új lehetősége: az orbáncfű kivonat. Orvostovábbképző Szemle különszám, 2000. Szept.:7-10

Ágoston G, **Szili I:** Diagnosztikus kérdőívek és tünetbecslő skálák. A Pszichiátria Magyar Kézikönyve. In: Füredi J., Németh A., Tariska P. 2001. Budapest, Medicina kiadó, Második kiadás. 239-246.

Kecskés I, Rihmer Z., Kiss K., Vargha A., **Szili I.**, Rihmer A.,: Possible effect of gender and season on the length of hospitalisation in unipolar major depression,

J. Affect Disord.: 2002 **IF:3,08**

Szili I: A megküzdés kognitív tényezőinek hatása a kommunikációs viselkedésre depressziós betegeknél és családtagjaiknál. Párkapcsolatok dinamikája.

In: Bagdy E., 2002. Budapest, Animula kiadó, 305-313.

Varga E, **Szili I:** Depressziósok párkapcsolati interakciójának jellemzői: önkéntes, önalávető párkapcsolati fogság. Párkapcsolatok dinamikája.

In: Bagdy E., Budapest, Animula kiadó 2002.: 284-304.

Bányai ÉA, **Szili I:** Alkoholisták és házastársaik Közös Rorschach Vizsgálata. Párkapcsolatok dinamikája. In: Bagdy E. Budapest, 2002. Animula kiadó: 351-360.

Ágoston Gabriella, **Szili Ilona:** Diagnosztikai kérdőívek és tünetbecslő skálák. A pszichiátria rövidített kézikönyve. In: Füredi J., Németh A., Tariska P. 2003. Budapest, Medicina kiadó:157-166.

T. Mirnics Zs, Kovács D, **Szili I:** Kommunikációs és gondolkodási zavar megnyilvánulásai egy szkizofrén páciens családjának interakció mintáiban., Pszichiátria Hung. 2005.20. évfo. 2 szám.141-155.

Szili I, György S: Az interakció-dinamika evészavarban szenvedő fiatalok és édesanyjuk kapcsolatában. Pszichiátria Hung. 2005.20. évfo. 2 szám: 126-139.

Rózsa S, Rihmer A, Kő N, Gonda X, **Szili I**, Szádóczky E, Pestality P, Rihmer Z.: Az affektív temperamentum: A TEMPS-A kérdőívvel szerzett hazai tapasztalatok. Psychiat. Hung. (2006), 21: 147-160.

S Rózsa , Z Rihmer , X Gonda, **I Szili** , A Rihmer , N Kő, A Németh , P Pestality , G Bagdy, O Alhassoon, K K. Akiskal , H S. Akiskal: A study of affective temperaments in Hungary: Internal consistency and concurrent validity of the TEMPS-A against the TCI and NEO-FFI. **J Affect Disord**, 2008 (106) 45-53

IF: 3,08

Irodalom:

Ágoston, G, Szili, I. (2009): Diagnosztikus kérdőívek és tünetbecslő skálák. In: Füredi J., Németh A., Tariska P.: *A Pszichiátria Magyar Kézikönyve*. Budapest: Medicina Kiadó, 176-183.

Akiskal, H. S., Benazzi, F. (2003): Family history validation of the bipolar nature of depressive mixed states. *Journal Affective Disorders*, 73, 113-122.

Akiaskal, H. S., Benazzi, F., Perugi, G., Rihmer, Z. (2005): The nosologic status of agitated „unipolar” depression re-conceptualized as a bipolar mixed state: Implications for the antidepressant- suicide controversy. *Journal Affective Disorders*, 85, 245-258.

Anders, T. (1989): Clinical syndromes, relationship disturbances, and their assessment. In: Sameroff, A., Emde, R., (Eds.): *Relationship disturbances in early childhood: a developmental approach*. New York: Basic Books, 25-144.

Andersen, U.A., Andersen, M., Rosholm, J.U., Gram, L.F. (2000): Contacts to the health care system prior to suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102 (2): 126-134.

Appleby, L. (1996): Suicidal behavior in childbearing women. *International Review of Psychiatry*, 8: 107- 115.

Arcel, L. T., Mantonakis, J., Petersson, B., Jemos, J., Kaliteraki E. (1992): Suicide attempts among Greek and Danish women and the quality of their relationships with husbands or boyfriends. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85 (3): 189- 195.

Asarnow, J. R., Carlson, G. A., Guthrie, D. (1987). Coping strategies, self- perception, hopelessness and perceived family environments in depressed and suicidal children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55 (3): 361- 366.

Bagdy E. (2002): A tudattalan összejátszástól az együtt fejlődésig. In.: Bagdy E. (Szerk.): *Párkapcsolatok dinamikája*. Budapest: Animula Kiadó, 34-50.

Bagdy E. (2004): Tanulmány a beszédviselkedésről. KRE. Pszichológia Intézet. Nem publikált egyetemi jegyzet. 2004-2005 tanév.

Bakó T. (1990): A szuicid párkapcsolati dinamika vizsgálata a Közös Rorschach módszerével. *Ideggyógyászati Szemle*, 43: 59-77.

Bakó T. (2002a): A szuicid párkapcsolati dinamika vizsgálata. In: Bagdy E. (Szerk.): *Párvkapcsolatok dinamikája*. Budapest: Animula Kiadó, 313-331.

Bakó T. (2002b): Önveszélyeztetett pár interperszonális kapcsolatának elemzése. In: Bagdy E. (Szerk.): *Párvkapcsolatok dinamikája*. Budapest: Animula Kiadó, 332-350.

Balázs, J. (2009): Mánias és depressziós kevert állapotok: tünettann, szuicid rizikó és farmakoterápia. *Psychiatria Hungarica*, 24: 12-19.

Balázs, J., Benazzi, F., Rihmer, A., Akiskal, K.K. (2006): The close link between suicide attempts and mixed (bipolar) depression: Implications for suicide prevention. *Journal Affective Disorders*, 91: 133-138.

Balázs, J., Lecrubier, Y., Csiszér, N., Koszták, J., Bitter, I. (2003): Prevalence and comorbidity of affective disorders in persons making suicide attempts in Hungary: importance of the first depressive episodes and of bipolar II diagnoses. *Journal Affective Disorders*, 76: 113- 119.

Beavers W. R. (1977): *Psychotherapy and growth: A family systems perspective*. New York: Norton.

Beavers, W. R. Hampson, R. B. (1990): *Successful families: assessment and intervention*. New York: Norton.

Beavers, W. R., Hampson, R. B. (1996): Measuring family therapy outcome in a clinical setting: Families that do better or worse in therapy. *Family Process*, 35: 347-361.

Belső N. (2001): Nők speciális hangulatzavarai. In: Szádóczy E., Rihmer Z. (Szerk.): *Hangulatzavarok*. Budapest: Medicina Kiadó, 92-111.

Blanchard, W.H. (1959): The group process in gang rape. *Journal of Social Psychology*, 29: 259-266.

Bodenman, G. (1995): Dyadisches Coping und Partnerschaftszufriedenheit. *Psychologische Beiträge*, 37: 7- 89.

Bodenman, G. (1996): Können wir vorhersagen, welche Paare scheidungsgefährdet sind? In: Bodenmann, G, Perrez, M. (Hrsg): *Scheidung und ihre Folgen*, Bern: Huber

Bodenman, G. (2000): *Stress und Coping bei Paaren*. Germany: Göttingen, Hogrefe

Bodenman, G. (2005): Dyadic coping and its significance for marital functioning. In: Revenson, T., Kayser, K., Bodenmann, G. (Eds.): *Couples coping with stress: Emerging perspectives on dyadic coping*. Washington: American Psychological Association.

Bodenmann, G., Pihet, S., Kayser, K. (2006): The relationship between dyadic coping and marital quality: A 2- Year Longitudinal Study. *Journal of Family Psychology*, 20 (3): 485-493.

Bowen, M. (1978): *Family therapy in clinical practice*. San Francisco: Jason Aronson.

Breiding, M.J., Windle, C.R., Smith, D.A. (2004): Interspousal criticism: A behavioral mediator between husbands' gender role conflict and wives' adjustment. *Sex Roles*, 59 (11-12): 880-888.

Brittain, K. R., Castleden C. M. (1998): Suicide and Alzheimer's pathology in the elderly: a case-control study. *Biological Psychiatry*, 49: 137-145.

Buda, B. (2002): Emberi kapcsolatok, tipológiák, dinamika, vizsgálati lehetőségek. In.: Bagdy E. (Szerk.): *Párkapcsolatok dinamikája*. Budapest: Animula Kiadó, 23-33.

Canetto, S. S. (1992- 1993): She died for love and he for glory: Gender myths of suicidal behavior. *Omega: Journal of Death and Dying*, 26: 1- 17.

Canetto, S. S. (2008): Women and Suicidal Behavior: A Cultural Analysis. *American Journal of Orthopsychiatry*, 78 (2): 259- 266.

Canetto, S. S., Feldman L.B., Lupei, R.L. (1989): Suicidal persons and their partners: individual and interpersonal dynamics. *Suicide and Life- Threatening Behavior*, 19 (3): 237-248.

Canetto, S. S., Lester, D. (1995): Women and suicidal behavior: Issues and dilemmas. In: Canetto, S. S., Lester, D: *Women and suicidal behavior*. New York: Springer.

Canetto, S. S., Sakinofsky, I. (1998): The Gender Paradox in Suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 28 (1): 1-23.

Carter, B., McGoldrick, M. (1989): Overview: The changing family life cycle: A framework for family therapy. In: Carter, B., McGoldrick, M., (Eds.): *The changing family life cycle*. Boston: Allyn and Bacon.

Chastang, F., Rioux, P., Dupont, I., Baranger, E., Kövess, V., Zarifian, E. (1998): Suicide attempts and job insecurity: a complex association. *European Psychiatry*, 13 (7): 359-364.

Claes, L., Muehlenkamp, J., Vandereycken, W., Hamelinck, L., Martens, H., Claes, S. (2010): Comparison of non-suicidal self-injurious behavior and suicide attempts in patients admitted to a psychiatric crisis unit. *Personality and Individual Differences*, 48 (1): 83-87.

Combrinck-Graham, L. (1985): A developmental model for family systems. *Family Process*, 24: 139-150.

Coyne, J. C., Smith, D. A. F. (1991): Couples coping with a myocardial infarction: a contextual perspective on wives's distress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61: 404- 412.

DeLongis, A., O'Brien, T. B. (1990): An interpersonal framework for stress and coping: An application to the families of Alzheimer's patients. In M. A. P. Stephens, J. H. Crowther, S. E.

Hobfoll, & D. L. Tennenbaum (Eds.), *Stress and coping in later life families*. Washington, DC: Hemisphere Publishers, 221-239.

Durkheim, É. (2003): *Az öngyilkosság*. Budapest: Osiris Kiadó.

Edwards, M.J., Holden, R.R. (2003): Coping, meaning in life, and suicidal manifestations: Examining gender differences. *Journal of Clinical Psychology*, 59 (10): 1133–1150.

Ellis, J., Lamis, D. (2007): Adaptive characteristics and suicidal behavior: A gender comparison of young adults. *Death Studies*, 31: 845-854.

Epstein, N. B., Bishop, D., Ryan, C., (et. al.) (1993): The McMaster Model: view of healthy family functioning. In: Walsh F., (Ed.): *Normal family process*. New York: Guilford Press.

Erikson, E. (1990): Az életciklus: az identitás epigenezise. In: Erikson, E.: *A fiatal Luther és más írások*. Budapest: Gondolat Kiadó, 437-496.

Farberow, N. L, Schneidman, E. S. (1961): *The cry for help*. New York: McGraw Hill.

Farberow, N. L. (1968): Symposium: Consensus Rorschach in the study of problem behavior, Introduction.. *Journal of Projective Techniques and Personality Assessment*, 32: 236.

Fekete, S. és Osváth, P. (2000): A szuicid kísérletek diagnosztikus és prevenció háttere, áttekintés a WHO/EURO Multicentrikus Európai Szuicidiumkutatás Pécsi Centrumának kétéves adatai alapján. *Orvosi Hetilap*, 141 (45): 2427-2431.

Fekete, S., Hewitt A., Vörös, V., Osváth, P. (2004): A serdülőkori öngyilkos viselkedés jellemzői egy európai multicentrikus kutatás pécsi centrumának eredményei alapján. *Psychiatria Hungarica*, 19 (4): 337- 345.

Fekete S., Osváth P. (2004): *Az öngyilkosság*. Pécs: Pro Pannonia Kiadó.

Frings L, Wagner K, Unterrainer J, Spreer J, Halsband U, Schulze-Bonhage A. (2006): Gender-related differences in lateralization of hippocampal activation and cognitive strategy. *Neuroreport*, 17 (4): 417-21.

Goldsein, R. B., Black D. W., Nasrallah A., Winokur G. (1991): The prediction of suicide. *Archives of General Psychiatry*, 48, 418.

H. Sas J. (1988): *Nőies nők és férfias férfiak*. Budapest: Akadémiai Kiadó.

Haley, J. (Ed.) (1967): *Advanced techniques of hypnoses and therapy*. New York: Grune and Stratton.

Haley, J. (1973). *Uncommon therapy*. New York: Norton.

Haley, J. (1976): Conducting the first interview. In: Haley, J. (Ed.): *Problem solving therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.

Handwerk, M. L., Larzelere, R.E., Friman, P.C., Mitchell, A.M. (1998): The relationship between lethality of attempted suicide and prior suicidal communications in a sample of residential youth. *Journal of Adolescence*, 21 (4): 407-414.

Hawton, K. (2000): Sex and suicide: Gender differences in suicidal behavior. *British Journal Psychiatry*, 177: 484-485.

Henriksson, S., Boethius, G., Isacson, G. (2001): Suicides are seldom, prescribed antidepressants: findings from a prospective prescription database in Jamtland country Sweden (1985-95). *Acta Psychiatrica Skandinavica*, 103 (4): 301-306.

Hewstone, M. S., Stroebe, W., Codal, J.P., Stephenson, G.M. (1995): *Szociálpszichológia*. Budapest: Közgazdasági Jogi Könyvkiadó.

Holte, A., Bjoru, E., Sorvig, B.S., Abrahamsen, P. (1990): Simultaneous depression. *Acta Psychiatrica Skandinavica*, 81 (5): 463- 467.

Hooley, J. M., Teasdale, J. B. (1989): Predictors of relapse in unipolar depressives: Expressed emotion, marital distress and perceived criticism. *Journal of Abnormal Psychology*, 98: 229-235.

Horesh, N., Rolnick, T., Iancut, I., Dannon, P., Lepkifker, E., Apter, A., Kotler, M. (2007): Coping styles and suicide risk. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 93 (6): 489- 493.

Hunt, K., Sweeting, K., Keoghan, M., Platt, S. (2006): Sex, gender role orientation, gender role attitudes and suicidal thoughts in three generations. *Social Psychiatry Epidemiol*, 41: 641-647.

Isacsson, G. (2000): Suicide prevention- a medical breakthrough? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102: 113-117.

Jenkins, H. (1983): A life cycle framework in the treatment of families. *Journal of Family Therapy*, 5: 359-377.

Johnson, J., Gooding, P., Tarrier, N. (2008): Suicide risk in schizophrenia: explanatory models and clinical implications, the Schematic Appraisal Model of Suicide (SAMS). *Psychology and Psychotherapy; Theory, Research and Practice*, 81: 55-77.

Johnson, J., Gooding, P.A., Wood, A. M., Tarrier, N. (2010): Resilience as a positive coping appraisals: Testing the schematic appraisals model of suicide. *Behaviour Research and Therapy*, 48 (3): 179-186.

Kalmár, S., Szántó, K., Rihmer, Z., Mazundar, S., Harrison, K., Mann, J.J. (2008): Antidepressant Prescription and Suicide Rates: Effect of Age and Gender. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38 (4): 363-374.

Kendal, W. S. (2007): Suicide and cancer: a gender-comparative study. *Annals of Oncology*, 18 (2): 381-387.

Kézdi B. (1995): *A negatív kód*. Pécs: Pannónia Könyvek.

Kézdi B. (2010): *A diszkurzív szucidológiáról*. Pszieszta, Pécs, március 19.

Kimura D. (1969): Spatial localization in left and right visual fields. *Canadian Journal of Psychology*, 23 (6): 445-58.

Kiss D., Bagdy E., Vargha A. (2008): Kolluzív viszonyminták és kapcsolati folyamatdinamika feltárása Közös Rorschach Vizsgálattal. In: Bagdy E., Mirnics Zs., Vargha A. (Szerk.): *Egyén, pár, család*. Budapest: Animula Kiadó, 104-121.

Koltai M. (2003): *Család- pszichiátia- terápia*. Budapest: Medicina Kiadó.

Kopp M. (2009): *Magyar lelkiállapot*. Budapest: Semmelweis Kiadó.

Koopmans, M. (1995): A case of family dysfunction and teenage suicide attempt: applicability of a family systems paradigm. *Adolescence*, 30: 87- 94.

KSH (2008): Öngyilkosságok. Statisztikai tükör. II. (10).

Langhinrichsen- Rohling, J., Lewinsohn, P., Rohde, P., Seeley, J., Monson, C., Meyer, K., Langford, R. (1998): Gender differences in the suicide- related behaviors of adolescents and young adults. *Sex Roles*, 39: 839-854.

Lasarus, R. S., Folkman, S. (1984): *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.

László J. (1998): *Szerep, forgatókönyv, narratívum*. Budapest: Scientica Humana.

Levi, Y., Horesh, N., Fischel, T., Treves, I., Or, E., Apoter, A. (2008): Mental pain and its communication in medically serious suicide attempts: An „impossible situation”. *Journal Affective Disorders*, 111: 244- 250.

Lewinsohn, P., Langhinrichsen- Rohling, J., Langford, R., Rohde, P., Seeley, J., Chapman, J. (1995): The Life Attitudes Schedule: A scale to assess adolescent life- enhancing and life- threatening behaviors. *Suicide and Life- Threatening Behavior*, 25: 458-474.

Lieb, R., Bronisch, T., Höfler, M., Schreier, A., Wittchen, H-U. (2005): Maternal suicidality and risk of suicidality in offspring: findings from a community study. *The American Journal of Psychiatry*, 162: 1665-1671.

Linehan, M.M., Goodstein, J.L., Nielsen, S.L., Chiles J.A. (1983): Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: The reasons for living inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51: 276-286.

Lubell, K.M., Swahn, M.H., Crosby, A.E., Kegler, S.R. (2004): Methods of suicide among persons aged 10-19 years – United States, 1992-2001. *MMWR*, 53: 471-473. Available online from: URL: [http:// www.cdc.gov/mmwr/PDF/wk/mm5322.pdf](http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/wk/mm5322.pdf).

Magne- Ingvar, U., Öjehagen, A., Traskman- Bendz, L. (1992): The social network of people who attempt suicide. *Acta Psychitrica Skandinavica*, 86: 153- 158.

McDermut, W., Miller, I. L.W., Solomon, D., Ryan C. E., Keitner, G.I. (2001): Family functioning and suicidality in depressed adults. *Comprehensive Psychiatry*, 42 (2): 96- 104.

Melhem, N., Brent, D., Ziegler, M., Lyengar, S., Kolko, D., Oguendo, M., Birmaher, B., Burke,A., Zelazny, J., Stanley, B., Mann, J. (2007): Familial Pathways to Early - Onset Suicidal Behavior: Familial and Individual Antecedents of Suicidal Behavior. *The American Journal of Psychiatry*, 164: 1364-1370.

Minuchin, S., Montalvo, B., Guerney, B. (et. al.) (1967): *Families of the slums*. New York: Basic Books.

NIMH (2009): Suicide in the U.S. Statistics and Prevention. National Institute of Mental Health. www.nimh.nih.gov.

Norström, T. (1995): The impact of Alcohol, Divorce and Unemployment on Suicide: A Multilevel Analysis. *Social Forces*, 74 (1): 293-314.

Oláh A. (1993): *Szorongás, megküzdés és megküzdési potenciál*. Kandidátusi disszertáció. ELTE. Budapest.

Olson, D. H. (1996): Clinical assesment and treatment interventions using the family circumplex model. In: Kaslow, F. W. (Ed.): *Handbook of relational diagnosis and dysfunctional family patterns*. New York: Wiley.

Olson, D. H., Sprenkle, D. H., Russel C.S. (1982): Circumplex work of marital and family systems. *Family Process*, 22: 3-28.

Orbach, I. (1986): The „unsolvable problem” as a determinant in the dynamics of suicidal behavior in children. *American Journal of Psychotherapy*, XL (4), 511-520.

Osváth P., Fekete S. (2003): A pszichofarmakon választás jellemzői öngyilkossági kísérletekben. Áttekintés a WHO/EURO Multicentrikus Európai Szuicidum Kutatás pécsi centrumának adatai alapján. *Orvosi Hetilap*, 144: 121-124.

Osváth P., Kovács A., Vörös V., Fekete S. (2004): Az időskori szuicid viselkedés rizikófaktorai- a kognitív hanyatlás szerepe. *Psychiatria Hungarica*, 19 (6): 524-530.

Paykel, E. S., Cooper, Z. (1992): Life events and social stress. In: Paykel E. S. (Ed.): *Handbook of Affective Disorders*. New York: Guilford.

Portzky, G., Audenaert, K., van Heeringen, K. (2009): Psychosocial and psychiatric factors associated with adolescent suicide: A case contoll psychological autopsy study. *Journal of Adolescence*, 32 (4): 849- 862.

Qin, P., Agerbo, E., Mortensen, P. B., Preben, B. (2003): Suicide risk in realtion to socioeconomic, demographic, psychiatric and falmilial factors. A national register- based study of all suicides in Denmark 1981-1997. *The American Journal of Psychiatry*, 160: 765-772.

Qin, P., Mortensen, P. B., Agerbo, E., Westergard- Nielsen, N., Eriksson, T. (2000): Gender differences in risk factors for suicide in Denmark. *British Journal Psychiatry*, 177: 546- 550.

Quan H., Arboledo- Flórez J., Fick, G. H., Stuart H., Love, E. (2002): Association between physical illness and suicide among elderly. *Social Psychiatry Epidemol*, 37: 190-197.

Real, T. (2008). *Házasság vagy szövetség?* Budapest: Park Kiadó.

Rihmer, A., Gonda, X., Balázs, J., Faludi G. (2008): The importance of depressive mixed states in suicidal behavior. *Neuropsychopharmacologica Hungarica*, 10 (1): 45-49.

Rihmer, A., Rihmer, Z., Jekkel, É., Kárteszi, M., Csiszér, N., Farkas, Á. (2006): Psychiatric characteristics of 100 nonviolent suicide attempters in Hungary. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 10 (1): 69-72.

Rihmer, Z. (1994): A depressziók larvált megjelenési formái. *Psychiatrica Hungarica*, IX. (1): 37-48.

Rihmer, Z. (1996): Strategies of suicide prevention: Focus on health care. *Journal Affective Disorders*, 39, 82.

Rihmer Z. (2001). Öngyilkosság. In: Szádócky E., Rihmer Z. (szerk): *Hangulatzavarok*. Budapest: Medicina Kiadó, 302-319.

Rihmer, Z. (2005): Prediction and prevention of suicide in bipolar disorders. *Clinical Neuropsychiatry*, 2: 48-51.

Rihmer, Z., Barsi, J., Arató, M., Demeter, E. (1990): Suicide in subtypes of primary major depression. *Journal Affective Disorders*, 18 (3): 221- 225.

Rihmer, Z., Belső, N., Kiss, K. (2002): Strategies for suicide prevention. *Current Opinion in Psychiatry*, 15: 83-87.

Rihmer, Z., Döme. P., Gonda, X., Kiss, H., Kovács, D., Seregi, K., Teleki, Zs. (2007): Cigarette smoking and suicide attempts in psychiatric outpatients In Hungary. *Neuropsychopharmacologica Hungarica*, IX/2: 63-67.

Rihmer Z., Fekete S. (2009): Öngyilkosság. In: Füredi J., Németh A., Tariska P.: *A Pszichiátria Magyar Kézikönyve*. Budapest: Medicina Kiadó, 670-678.

Rihmer Z., Kiss K. (2002): Bipolar disorders and suicide risk. *Clinical Approaches in Bipolar Disorder*, 1: 15-21.

Rihmer, Z., Rutz, W., Pihlgren, H. (1995): Depression and suicide on Gotland. An intensive study of all suicides before and after a depression- training programme for general practitioners. *Journal Affective Disorders*, 35: 147- 152.

Ringel E. (1974): A preszuicidális viselkedés szindróma tünettana. In: Andorka R., Buda B., Cseh-Szombathy L. (Szerk.): *A deviáns viselkedés szociológiája*. 367-380.

Rotheram- Borus, M. J., Trautman, P. D., Dopkins, S. C., Shrout, P. E. (1990): Cognitive Style and pleasant activities among felamle adolescent suicide attempters. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58 (5): 554-561.

Rosenthal, H. (1988): *Not with my life I don't: Preventing your suicide and that of others*. (Muncie, Ind.: Accelerated Development Inc.), p. 76.

Rudmin, F. W., Ferrada- Noli, M., Skolbekken, J.- A. (2003): Questions of culture, age and gender in the epidemiology of suicide. *Scandinavian Journal of Psychology*, 44: 373-381.

Rutz, W., Walinder J., Eberhard, G., Holmberg G., Alberg-Wistedt, A., von Knorring, A.L., von Knorring, L., Wistedt, B. (1989): An educational program on depressive disorders for general practioners on Gotland backgrund and evaluation. *Acta Psychitrica Skandinavica*, 79: 19-26.

Sárosi A. (2009): *A depresszió néhány kognitív és pszichogenetikai vulnerabilitási markere*. PhD értekezés, Semmelweis Egyetem.

Sebestyén, B., Rihmer, Z., Bálint, L., Szokontor, N.,Gonda, X., Gyarmati, B., Bodecs T., Sándor, J. (2009): Gender differences in antidepressant use-relativited seasonality change in suicide mortality in Hungary, 1998-2006. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 11 (3): 579-585.

Solomon M. A. (1973): A developmental conceptual premise for family therapy. *Family Process*, 12: 179-188.

Speckens, A.E., Hawton, K. (2005): Social problem solving in adolescents with suicidal behavior: a systematic review. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 35 (4): 365-387.

Spirito, A., Overholser, J., Stark L. J. (1989): Common problems and coping strategies II.: Findings with adolescent suicidal attempters. *Journal Abnormal Child Psychology*, 14 (2): 213- 221.

Stenager, E. N., Madson, C., Stenager, E., Boldsen, J. (1998): Suicide in patients with stroke: epidemiological study. *British Medical Journal*, 316: 1266.

Stephens, B. J. (1985): Suicidal women and their relationship with husbands, boyfriends, and lovers. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 15: 77-90.

Szántó, K. (2003): Suicidal behavior in elderly. *Psychiatric Times*, 20: 13.

Szili I. (2000): Depressziós betegek és családtagjaik interperszonális kapcsolati stílusának összefüggése megküzdési stratégiáikkal. *Psychiatria Hungarica*, 15 (2): 560- 565.

Szili I. (2002): A megküzdés kognitív tényezőinek hatása a kommunikációs viselkedésre depressziós betegeknél és családtagjaiknál. In.: Bagdy E. (Szerk.): *Párkapcsolatok dinamikája*. Budapest: Animula Kiadó, 305- 312.

Szili I., György S. (2005): Interakciódinamika evészavarban szenvedő fiatalok és édesanyjuk kapcsolatában. In.: Bagdy E. (Szerk.): *Interakció dinamika*. *Psychiatria Hungarica*, 20 (2): 126- 140.

Taylor, R., Carter, G., Harrison, J. (2004): Socio-economic differentials in mental disorders and suicide attempts in Australia. *The British Journal of Psychiatry*, 185: 486-493.

Varga, E., Szili, I. (2002): Depressziósok párkapcsolati interakciójának jellemzői: önkéntes, önalávető kapcsolati fogság. In: Bagdy E. (Szerk.): *Párkapcsolatok dinamikája*. Budapest: Animula Kiadó, 284- 304.

Vargha A., Czigler B. (1999): *A Ministat statisztikai programcsomag: 3.2 verzió*. Budapest: Pólya Kiadó.

Virág T. (1997): *Elhúzódo társadalmi traumák hatásának felismerése és gyógyítása*. Budapest: Animula Kiadó.

Vörös V., Osváth A., Fekete S. (2004): Nemi különbségek a szuicid viselkedésben. *Neuropsychopharmacologia*, VI./2.: 65-71.

Waelde, L. C., Silvern, L., Hodges, W. F. (1994): Stressful life events: moderators of the relationship of gender roles To self- reported depression and suicidality among college students. *Sex Roles*, 30: 1- 13.

Waern M., Rubenzowitz, E., Runeson B., Skoog, I., Wilhelmson, K., Allebeck, P. (2002): Burden of illness and suicide in elderly people: case- controll study. *British Medical Journal*, 324: 555-557.

Walsh, F.: (1982): Conceptualisation of normal family functioning. In: Walsh, F. (Ed.) *Normal Family Processes*. 3-42. New York: Guilford Press.

Wassermann, D., Wasserman, C. (2009): *The Oxford Textbook of Suicidology and Suicid Prevention. A global perspective*. Oxford University Press.

Watzlawick, P., Weakland, J., Fish, R. (1974): *Principles of problem formulation and problem resolution*. New York: Norton.

Watt, T.T., Sharp, S.F. (2001): Gender differences in strains associated with suicidal behavior among adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 30 (3): 333-348.

Willi, J. (1972): Die Kollusion als Grundbegriff für die Ehepsychologie und Eheberatung. Sonderheft Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik. *Göttingen, Vandenhoeck und Ruprecht*, 6: 147-157.

Willi, J. (2001): *Ecological psychotherapy*. Seattle, Toronto-Bern, Göttingen: Hogrefe and Huber Publishers

Williams, C., Lyons, C. (1976): Family interactions and adolescent suicidal behavior. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 10 (3): 243- 252.

Wolk-Wassermann, D. (1986): Suicidal communication of persons attempting suicide and responses of significant others. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 73: 481-499.

Wynne, L. C. (1984): The epigenesis of relational systems: a model for understanding family development. *Family Process*, 23: 297- 318.

Zeidner, M., Endler, N. S. (1996): *Handbook of coping: Theory, research and assessment*. New York: John Wiley and Sons.